

Datos generales de la evaluación	
Enfoque de evaluación	Evaluación final de Proyecto
Nombre del Proyecto	<i>“Promoción del ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental en el municipio de Rosita, mediante el fortalecimiento de las capacidades comunitarias e institucionales y la articulación de estrategias incluyentes y equitativas. RACCN”</i>
Tipo de evaluación	<i>ex – post</i>
Ámbito Geográfico	Nicaragua, RACCN, Rosita
Estado	Documento final
Fecha	15 de enero de 2022
Autor	Dr. Carlos Fuentes Martínez

Resumen ejecutivo

El Proyecto tuvo como **propósito**, promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental mediante el empoderamiento de titulares de derecho y el fortalecimiento de su capacidad de articulación de estrategias incluyentes y equitativas con el sistema sanitario público del municipio de Rosita.

Los **componentes ejecutados** en éste proyecto incluyeron: mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel institucional y comunitario, fortalecimiento de la capacidad organizativas, de planificación y gestión complementaria de las redes institucional y comunitaria y mejoramiento del acceso al agua potable y las condiciones de higiene y saneamiento ambiental

Los **resultados esperados** al final de proyecto fueron:

- *Se ha mejorado la cobertura, calidad, pertinencia cultural y equidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de las redes institucional y comunitaria de acuerdo al enfoque de derechos en 20 comunidades vulnerables del municipio de Rosita*
- *Desarrolladas las capacidades comunitarias e institucionales para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva y Salud Infantil reduciendo las brechas de acceso de la población vulnerable con acciones complementarias de extensión de cobertura y demanda organizada de derechos en 20 comunidades del municipio de Rosita*
- *Se han desarrollado las capacidades colectivas de titulares de derecho para garantizar el acceso al agua, higiene y saneamiento ambiental sostenible en 20 comunidades del Municipio de Rosita.*

El **objetivo de la consultoría** fue verificar y medir el logro de los resultados planteados en los componentes del proyecto, retomando los indicadores presentados en la formulación y la verificación de los resultados obtenidos.

La **metodología empleada** incluyó técnicas de análisis cualitativas y cuantitativas, tales como entrevistas directas a informantes clave, encuestas a participantes y beneficiarios/as, revisión documental. Las unidades de consulta incluyeron a agentes comunitarios de salud, beneficiarios, gestores técnicos del proyecto, actores institucionales. Se utilizaron técnicas de entrevistas individuales para la recolección de la información.

Los **principales resultados** de la evaluación incluyeron:

Dentro del **primer resultado** se logró atender a 1,069 mujeres en edad fértil a través de la realización de 14 jornadas de atención realizadas en las 20 comunidades, lo cual representó el 93 % de lo esperado en la formulación del proyecto. También se pudo verificar capacitación en contenidos relativos a derechos sexuales reproductivos y atención sanitaria en temas de SSR básicos a 241 agentes comunitarios (142 ACS, 24 parteras, y 82 jóvenes formadores), 55% de mujeres. Estos agentes comunitarios recibieron equipo de protección personal, material sanitario de protección y formatos para realizar su trabajo y material educativo sobre SSR y salud ambiental. Se realizaron 4 jornadas integrales de salud (fraccionadas en 14 fechas) con una cobertura no solo de las 20 comunidades seleccionadas en el proyecto, sino de otras comunidades aledañas. Durante las 14 fechas de jornadas se atendió a 4.679 personas de las cuales 3.449 (74%) fueron mujeres y niñas menores de 5 años. Se verificó el desarrollo de una campaña de promoción de derechos en SSR. Los contenidos de la campaña estuvieron dirigidos a la promoción de la adecuada SSR principalmente, y transversalmente incorporó los factores de interculturalidad y de género en los contenidos de los instrumentos diseñados para la misma. Entre las actividades de la campaña se incluyó la edición y transmisión de 4 viñetas radiales, elaboración y distribución de 842 camisetas con mensajes sobre SSR, elaboración y distribución de 3,565 afiches y 3,500 folletos con mensajes de prevención del embarazo en la adolescencia y otros contenidos educativos en SSR, desarrollo de encuentros educativos con jóvenes sobre prevención de embarazo en adolescentes y jóvenes, planificación familiar y derecho a la SSR. Se realizó una encuesta pre post que buscaba determinar la percepción del alcance y calidad de atención en SSR en los servicios públicos de salud del MINSA, e identificar las principales barreras que limitan el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos. La encuesta reflejó un incremento en respuestas positivas sobre la calidad de atención en SSR en los servicios de salud institucionales, así como en otros aspectos de la percepción sobre atención en SSR como la atención a jóvenes y adolescentes, el respeto e incorporación de aspectos culturales y la superación de barreras androcéntricas. Se realizaron mejoras en la infraestructura de 2 puestos de salud (Susun y Banacruz) y en el Hospital Primario Rosario Pravia Medina (Rosita). Entre las mejoras se verificó la rehabilitación del área de maternidad del hospital primario y reparación de puertas, cambio de cerraduras para puertas, reparación de persianas, cambio de operadores, reparación del cielo raso, cambio parcial de techado, reparación del cerco perimetral, reparación de baños, cambio de lámparas, pintura en general, y reparaciones internas varias en los puestos de salud de Banacruz y Susun. Además se dotó a las unidades de salud con equipamiento e insumos sanitarios a 5 puestos

de salud (Susun, Banacruz, Risco de Oro, Casa base del Rosario Kukalaya, Okonwas) y el Hospital Rosario Pravia Medina)

Respecto al **segundo resultado** se conformó la comisión municipal e intercultural en Salud Materno Infantil con representantes de MINSA, alcaldía, MINED, Policía, GTI, AMC, Red Comunitaria de Salud, con un total de 15 personas (60 % mujeres). Esta comisión multisectorial, logró desarrollar dos planes de capacitación dirigidos a colaboradores voluntarios y agentes comunitarios de salud. Estos planes se materializaron en la realización de tres talleres de capacitación con la participación de 203 personas (43 % mujeres), 2 encuentros con personal de 10 unidades de salud de Rosita para la revisión de protocolos de atención a problemas relacionados con la SSR (participaron 50 personas, 68 % mujeres) y 5 talleres evaluativos en el manejo de la implementación del MASIRACCN, con 131 personas entre ESAFC y ACS (73 mujeres). Se desarrollaron acciones de planificación estratégica comunitaria, que incluyeron: un encuentro de capacitación multisectorial de planificación con la participación de 94 líderes y lideresas (37 mujeres), un encuentro con líderes de salud donde se elaboraron 23 planes comunitarios de salud (de 20 esperados), con la participación de un total de 24 personas (8 mujeres y 16 hombres), un encuentro de taller multisectorial de planificación, donde participaron un total de 68 líderes y lideresas (23 mujeres) sobre análisis de problemática sanitaria y avances en las soluciones, revisión y seguimiento a los planes comunitarios ya elaborados, nueve encuentros de seguimientos a comunidades participantes del proyecto por parte de la comisión municipal de salud con la participación de 162 personas (66 mujeres). Se pudo verificar que, como producto de estas sesiones de trabajo, se promovieron acciones específicas a favor de la institucionalización de procesos de participación en la determinación de prioridades y toma de decisiones operativas en materia de acciones de salud. Se desarrollaron 6 talleres de capacitación con 240 ACS (85 mujeres y 155 hombres) y cuatro talleres de capacitación sobre SSR con 24 parteras (cuatro parteras más que la meta inicial que era de 20). A pesar que no se identificó un documento formal del MINSA de acreditación de la red de ACS, el equipo de dirección del MINSA local tiene una valoración positiva sobre el papel de los ACS (desafortunadamente no corresponde a este nivel la acreditación, aunque si son ellos quienes autorizan su funcionamiento). Se estima que la mayor parte de las parteras están activas y contribuyen a la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el municipio en las comunidades de difícil acceso. Se realizaron cinco talleres de capacitación (226 participantes, 96 mujeres) y seis encuentros de seguimiento a la implementación del SICO (217 participantes, 117 mujeres). Durante los mismos, se abordó la normativa 102, se practicó el llenado

de los formatos de registro SICO por los agentes comunitarios y se fortalecieron las capacidades de los líderes en el manejo de la normativa, análisis y llenados de la matriz de SICO. Se logró identificar la realización de siete encuentros de seguimiento al Sistema de Referencia y contra referencia en el cual participaron 102 personas (46 mujeres, 56 hombres). Como resultado se ha identificado que gracias al funcionamiento de este sistema se ha logrado mayor interacción e identificación de factores de riesgo de complicaciones obstétricas en las comunidades intervenidas. Se logró documentar 245 referencias realizadas por los ACS, de las cuales 232 fueron mujeres referidas para atención en las unidades de salud.

Respecto al **resultado 3** se identificaron una serie de acciones para la mejora del acceso domiciliario a agua segura, así como para la garantía de la calidad de la misma y capacitación sobre aspectos del cuidado del agua para consumo humano. Estas acciones incluyeron la construcción de 12 pozos comunitarios de agua potable, que extienden cobertura física de agua a 120 familias de las comunidades de intervención, distribución de 600 filtros domiciliarios de agua (método FILTRON, de cerámica) a igual número de familias. distribución de cloro a las poblaciones más vulnerables de las 20 comunidades beneficiando a 754 familias, realización de 5 encuentros con beneficiarios directos de las infraestructuras higiénico sanitarias y población en general para planificación y educación sobre agua segura en 9 comunidades con la participación de 333 personas (69 mujeres), legalización ante ENACAL del funcionamiento de 3 CAPS comunitarios, habilitación de un espacio en el MINSA para el funcionamiento del equipo DIPCEL para producción de cloro y el desarrollo de una campaña promocional y educativa masiva y dirigida para promover la importancia de la conservación del agua y sus fuentes, así como de las buenas prácticas de higiene y saneamiento. Se conformaron comités comunitarios en función de la gestión y educación de los temas de agua potable y saneamiento, aprovechando la estructura ya conformada de comité de salud comunitario en 20 comunidades. Los miembros de los 20 comités comunitarios con funciones de CAPS han coordinado una serie de acciones tanto educativas como de higiene ambiental y del agua que deben impactar positivamente en las condiciones de salud de las personas y del ambiente.

Las **conclusiones** a las que se puede llegar después del ejercicio evaluativo incluyen:

Los indicadores alcanzados, así como la valoración de los mecanismos y esfuerzos para obtenerlos permiten valorar el alcance de los objetivos y resultados como eficaz y eficiente, y la definición y ejecución de la estrategia del proyecto resulta pertinente y sostenible en tanto respondieron a la

problemática identificada y al contexto de ejecución, pero también lograron instalar mecanismos para garantizar su continuidad al terminar la intervención.

La revisión documental realizada, la revisión de verificadores de las actividades realizadas y lo recopilado en las entrevistas a los diferentes actores involucrados, permite concluir lo siguiente:

- Se ha logrado el objetivo de *“Promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental mediante el empoderamiento de titulares de derecho y el fortalecimiento de su capacidad de articulación de estrategias incluyentes y equitativas con el sistema sanitario público del municipio de Rosita.”*. Esto se sustenta por el grado de cumplimiento alcanzado en el desarrollo de las actividades en los tres componentes previstos en el proyecto verificadas durante el proceso evaluativo, y lo expresado por los/as contactos clave entrevistados/as en los diferentes niveles, entidades participantes, tanto como titulares de obligación, de responsabilidad y de derecho. En particular se ha encontrado evidencia de:
 - Una reducción en el porcentaje de embarazo de adolescentes de 5.7% respecto de la LdB, y de 15% respecto de la media nacional. Los factores más importantes que influenciarían la reducción incluyen al aumento en la disponibilidad de información y métodos de planificación familiar en las unidades del MINSA y en red comunitaria (ECMAT), así como por el acercamiento del servicio de SSR a comunidades alejadas por las jornadas integrales de salud.
 - Un incremento del 24 % en la cobertura de atención en salud general, de grupos de mujeres y menores de 5 años en particular.
 - Una reducción de la incidencia de enfermedades hídricas de acuerdo a datos publicados por el MINSA en su Boletín Epidemiológico. Además de acuerdo a lo expresado por contactos clave del proyecto, ACS y los delegados/as del MINSA mantienen que hay una reducción en la tasa de enfermedades de transmisión hídrica (diarreas, parasitosis, hepatitis A) en el área de ejecución del proyecto.
 - Realización de acciones coordinadas para la extensión de cobertura de los servicios las cuales fueron gestionadas por un comité multisectorial conformado por 15 delegados de entidades institucionales y de sociedad civil (54% mujeres)
 - Capacitación en gestión comunitaria de la SSR a 125 agentes comunitarios (48% mujeres).

- La evidencia tanto documental y de consulta a diferentes actores involucrados respalda que:
 - Se han logrado fortalecer la red institucional y la red comunitaria en el municipio de Rosita, lo cual permite mejorar la cobertura, calidad, pertinencia y equidad de su atención en SSR, agua y saneamiento ambiental.
 - Se ha mejorado el acceso y calidad del agua, y las condiciones de higiene y saneamiento ambiental en las 20 comunidades de intervención a través de la mejora de fuentes de agua, distribución de filtros y métodos de purificación, jornadas de limpieza, y el desarrollo de acciones educativas sobre el agua y la salud ambiental.
 - Se ha mejorado la organización local multisectorial en función de la gestión de la SSR, el agua y saneamiento ambiental, con participación de las principales entidades estatales y comunitarias de cada territorio participante.

- Respecto a la ejecución del proyecto, los principales hallazgos han sido:
 - No se afectaron importantemente los tiempos de ejecución del proyecto. Aunque la Pandemia retrasó el desarrollo de acciones durante la primera y segunda ola de contagios, éste tiempo fue recuperado en el último semestre de ejecución de 2021. También se tuvo que trabajar en el marco del aumento de riesgo sanitario por la COVID 19.
 - Algunos miembros del equipo de terreno en Rosita y colaboradores comentaron haber sido alcanzados por el contagio COVID 19, debiendo ponerse en cuarentena durante dos semanas o más. No relacionan el contagio con el desarrollo de las acciones del proyecto, y de hecho las autoridades sanitarias y municipales no implementaron medida alguna para restringir las aglomeraciones, promover el distanciamiento, ni promover el uso de la mascarilla o lavado de manos en el municipio.
 - El presupuesto tuvo una ejecución razonable de acuerdo a lo previsto, sin tener que realizar ajustes significativos entre rubros.
 - Las coordinaciones entre el nivel ejecutor, los actores territoriales y Farmamundi han sido apropiados y no presentaron inconvenientes que hayan dificultado la implementación de las actividades. De hecho, una de las fortalezas identificadas durante el proceso de entrevistas a actores locales, fue la coordinación entre las estructuras institucionales locales y los actores comunitarios.

Algunas **recomendaciones** derivadas del proceso evaluativo incluyen las siguientes: valorar propuestas de financiación de nuevas intervenciones en línea con los problemas atendidos en el

presente proyecto. Si bien es cierto se impactó positivamente en estos problemas, está claro que al ser estos problemas producto de muchos años de carencias, una intervención de corta duración no será suficiente para resolver la problemática de forma completa. De hecho, durante la entrevista a los diferentes actores, éstos destacaron sobre lo importante que fue para las comunidades este proyecto, pero también la persistencia aun de problemas que ampliando la cobertura en otros proyectos similares, beneficiarían aún más a la población. En futuras financiaciones es necesario negociar de previo un compromiso serio con los diferentes actores en cuanto al acceso a la información generada durante la intervención o como producto de la misma. Esto es particularmente importante con el Ministerio de Salud y otras entidades del estado, ya que con mucha frecuencia existe poca anuencia a transparentar datos de productividad tanto institucional como de la red comunitaria. Esto dificulta mucho lograr una evaluación más objetiva que evidencie de mejor forma los alcances de la intervención financiada. Garantizar que la documentación relacionada con la ejecución del proyecto, en particular las fuentes de verificación estén disponibles en tiempo y organizadas. Este aspecto ha sido quizás una de las limitantes más importantes durante el proceso de evaluación. Aunque si se pudo tener acceso a la información, ésta estaba de manera muy desorganizada y en ocasiones incompleta, lo que ha significado un trabajo adicional de organización de la información que no correspondería a la evaluación sino a los ejecutores técnicos del proyecto. Una posible explicación a esto, puede ser que la evaluación ha coincidido con un hecho clave en la contraparte local (Acción Médica Cristiana), quien enfrentó la cancelación de su personería jurídica por el gobierno, lo cual obligó a cerrarla y generó un ambiente estresante a sus funcionarios. Aunque si se tuvo buena coordinación con las instituciones del estado durante la ejecución de las actividades, es necesario mejorar el nivel de compromiso que adquieren estas para la continuidad de las acciones. Se logró identificar algunos vacíos importantes respecto a esto. Por ejemplo en la acreditación de los ACS y parteras, que a pesar de reconocer su trabajo a nivel local, no existe aún en el MINSA una iniciativa clara para su certificación, dejando al nivel burocrático central esta función. En consecuencia la certificación de este personal sigue siendo un tema pendiente. Otro ejemplo lo constituyen las acciones de mejora de acceso a agua de calidad, las cuales deberían contar con una interacción más decidida desde las instancias de gobierno (muchos de los comités de agua potable no tienen ningún reconocimiento estatal y la actividades de mantenimiento y seguimiento de pozos y otras fuentes de agua no está plenamente asegurado.

CONTENIDO

Introducción.....	11
Antecedentes	11
Justificación.....	13
Objetivo de evaluación	15
Metodología.....	18
Criterios y preguntas de evaluación.....	18
Metodología de evaluación.....	23
1.1. Organización del trabajo: fases de la evaluación.....	23
1.2. Metodología evaluativa.....	25
Procesamiento y análisis de la información.	29
Control de la Calidad.....	29
Resultados obtenidos	31
Evaluación del Objetivo específico.....	31
1.3. Evaluación del Resultado No. 1	38
1.4. Evaluación del Resultado No. 2	50
1.5. Evaluación del Resultado No. 3	62
Conclusiones y enseñanzas obtenidas	68

Introducción

El Proyecto *“Promoción del ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental en el municipio de Rosita, mediante el fortalecimiento de las capacidades comunitarias e institucionales y la articulación de estrategias incluyentes y equitativas. RACCN”*, tuvo como propósito contribuir al ejercicio efectivo del derecho a la salud de la población vulnerable del municipio de Rosita.

Para esto se pretendía mejorar las capacidades articuladas del sistema público con el sistema comunitario de salud con un enfoque de equidad e inclusión en género, pertinencia cultural y sostenibilidad ambiental, en 20 comunidades miskitas e indígenas del municipio de Rosita.

El colectivo meta titular de derechos fue la población de 20 comunidades con una cobertura de la intervención que asciende a 6.025 (3.133 mujeres y 2.892 hombres), e incluye a 1.151 mujeres en edad fértil, 717 niñas y niños menores de cinco años, y 1.250 familias que se benefician de la atención en salud en general y la salud sexual y reproductiva para grupos específicos de mujeres, pero también por la mejora del acceso a agua segura, tanto a las personas que integran la Red Comunitaria de Salud (ACS: parteras, brigadistas, líderes y promotores de salud, y Col Vol.) como a las familias vulnerables beneficiarias de las infraestructuras sanitarias, las mujeres en edad fértil y las niñas y niños menores de 5 años.

Los **componentes ejecutados** en éste proyecto incluyeron: mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel institucional y comunitario, fortalecimiento de la capacidad organizativas, de planificación y gestión complementaria de las redes institucional y comunitaria y mejoramiento del acceso al agua potable y las condiciones de higiene y saneamiento ambiental

Antecedentes

La colaboración entre Farmamundi y AMC ha identificado las necesidades de salud, y han coincidido en intervenir en los factores que inciden en la promoción y mejora de la Salud Sexual y Reproductiva. En este sentido todo el esfuerzo para la definición de problemas e identificación de alternativas del presente proyecto que ha llevado a cabo el equipo encargado de la formulación, parte desde la consideración que, AMC y de las organizaciones comunitarias, y de salud con las que trabaja, son conscientes del desigual impacto que sobre mujeres y niñas tiene la discriminación estructural que implica su situación previa de desventaja.

El equipo ejecutor ha considerado que la estrategia de intervención elegida para la consecución de los objetivos ha de ser inclusiva (englobando a todos los actores implicados de manera activa), coherente en el plano interno (estableciendo metas y objetivos razonables) y externo (con el contexto nacional de vulnerabilidad y organigrama del sistema de salud en general y de salud sexual y reproductiva en particular), participativa (implicación en la ejecución), solidaria (por que incorpora también el sistema público), y sostenible al fomentar las capacidades locales de manera realista y objetiva, comprometiendo el esfuerzo en metas y logros viables en el corto y medio plazo.

El presente proyecto es una acción que parte de los alcances obtenidos con el proyecto de salud comunitaria que Farmamundi y AMC han venido desarrollando desde 2014 con el desarrollo de 5 intervenciones con los DSSR como contenido de desarrollo, y en ejecución multisectorial de las acciones, incluyendo entidades institucionales y comunitarias, cuyos resultados han sido valorados como efectivos y de gran impacto en el ejercicio de los derechos en SSR. El proyecto busca dar continuidad a esos alcances obtenidos, así como replicar el éxito de las acciones emprendidas con otras comunidades y municipios de la región del caribe con situaciones sociales similares.

Partiendo del proceso de identificación y de ejecuciones previas en el tema de la SSR, el proyecto pretendía atender la siguiente problemática:

- Infraestructuras para la promoción de salud, institucionales y comunitarias, ausentes o deficientes para la atención con suficiente calidad.
- Limitados recursos logísticos tanto para la red comunitaria de ACS como para el sistema institucional, para garantizar el desarrollo de acciones de promoción de salud en área urbana, y con mayor dificultad en comunidades rurales.
- Déficit de cobertura en las acciones de la salud, especialmente a la mujer, niñez y adolescencia de comunidades rurales distantes.
- Abastecimiento insuficiente de insumos dedicados a la promoción y atención en SSR.
- Insuficiente promoción de acciones educativas en temáticas de Salud Sexual Reproductiva, ITS, VIH y SIDA, en poblaciones de mayor riesgo (mujeres, adolescentes y jóvenes)
- Un modelo de gestión centralizado que no se adecua a las particularidades de la región y que se orienta a la curación más que a la prevención.
- Déficit de infraestructuras higiénicas sanitarias y promoción de acciones de saneamiento.
- Déficit en las acciones educativas de promoción de higiene y saneamiento.

- Recursos humanos no preparados para una atención integral de salud y desarrollo comunitario.
- Insuficiente articulación interinstitucional del sistema, pero también multisectorial.

La estrategia de intervención del proyecto, por tanto, ha tenido en cuenta los insumos obtenidos durante el proceso de identificación, así como las opiniones y demandas realizadas por todos los actores locales implicados en esa fase de la gestión del proyecto. El análisis pormenorizado de las opciones de intervención elegidas, permite la formulación de una lógica de intervención orientada a contribuir a la mejora de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para la reducción de causas prevenibles de morbi- mortalidad materna en Nicaragua sobre la definición de la problemática identificada y valorando el contexto local y nacional de la propuesta, el equipo encargado de su formulación ha establecido, sobre la base del proceso previo de identificación participativa, una lógica de trabajo basada en las 3 líneas estratégicas prioritarias presentadas más arriba, y que responden a las condiciones que han sido definidas como obstáculos estructurales al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas.

Justificación

El propósito acordado para ésta consultoría se enmarca en la generación de datos y análisis de los mismos que permitan valorar el alcance de objetivos y resultados, para la retroalimentación de los procesos de desarrollo subsiguientes, así como valorar su desempeño y establecer las lecciones aprendidas.

Por tanto, se tiene previsto aportar información comprensible, apropiada y relevante para la mejora de las estrategias de intervención tanto a equipos ejecutores, como a titulares de derecho, responsabilidad y obligación, así como a patrocinadores financieros; así como analizar y dictaminar de manera independiente el grado de cumplimiento de la planificación prevista, el alcance de los resultados esperados y su impacto sobre los fines perseguidos.

La evaluación abarcó los 3 componentes desarrollados en su formulación, en su ámbito geográfico durante el periodo de ejecución total.

El ejercicio evaluativo se centró en los siguientes objetivos:

1. Valorar el cumplimiento de los resultados planificados y su contribución al logro de los objetivos previstos.
2. Valorar la práctica de implementación del esfuerzo multisectorial, conformado por AMC y Farmamundi como contrapartes, y sus principales socios locales en Rosita, incluido el MINSA, la Red Comunitaria de Salud, alcaldía, y otras entidades comunitarias locales.
3. Valorar la participación de los y las titulares de derechos en la gestión del proyecto y en qué medida la experiencia ha contribuido a fortalecer su protagonismo y liderazgo del desarrollo local.

Para ello se analizó la evolución de la problemática social de las comunidades participantes en relación a la SSR y la salud y saneamiento ambiental, profundizando en la atribución al proyecto de los cambios obtenidos en los condicionantes sociales de la misma y valorando la eficacia y pertinencia de la estrategia de intervención en los siguientes aspectos:

- Coherencia interna y externa de la estrategia de intervención
- Pertinencia de las estrategias diseñadas y efectividad para facilitar dinámicas de complementariedad.
- Impacto del proyecto en los titulares de derechos y obligaciones participantes: grado de contribución de los resultados al logro de los objetivos esperados y su sostenibilidad.

Este juicio de los resultados se centró fundamentalmente en la valoración de la mejora de las capacidades tanto del sistema público de salud (MINSA) como de la Red Comunitaria en Salud para articular acciones y complementar esfuerzos en el alcance de resultados y objetivo del proyecto, con el enfoque basado en la pertinencia intercultural, la equidad de género y la participación multisectorial.

También se analizó y valoró la ejecución propiamente dicha, atendiendo especialmente al cumplimiento de los resultados esperados en los plazos establecidos, la organización apropiada de las actividades, la idoneidad de los recursos y la eficiencia en el uso de los mismos. Se pretendió analizar el grado de cumplimiento de la planificación prevista, el alcance de los resultados esperados y su impacto sobre los fines perseguidos, aportando juicios razonados y aprendizajes sustanciales basados en evidencias comprensibles, útiles para las organizaciones promotoras del proyecto en términos de mejora de sus estrategias de intervención y apropiados para los participantes.

Objetivo de evaluación

La presente consultoría evaluó el cumplimiento de los resultados planteados en el Proyecto *“Promoción del ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental en el municipio de Rosita, mediante el fortalecimiento de las capacidades comunitarias e institucionales y la articulación de estrategias incluyentes y equitativas. RACCN”*, de acuerdo a los Términos de Referencia publicados por las organizaciones contrapartes Farmamundi y Acción Médica Cristiana.

El objetivo y resultados esperados en la formulación del proyecto, así como sus indicadores fueron los siguientes:

Objetivo Específico

Promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental mediante el empoderamiento de titulares de derecho y el fortalecimiento de su capacidad de articulación de estrategias incluyentes y equitativas con el sistema sanitario público del municipio de Rosita.

Indicadores del Objetivo Específico

- IOV.1.OE. Se reduce en al menos un 3% la tasa de embarazos adolescentes en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto.
- IOV2.OE. Aumenta en al menos un 10% la cobertura asistencial pública y comunitaria, con énfasis en grupos priorizados por el MINSA (mujer y niñez) en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto
- IOV3.OE. Al menos el 70% de mujeres en edad reproductiva atendidas por los servicios de salud sexual y reproductiva institucional y comunitaria expresan una valoración positiva de los servicios al finalizar el proyecto
- IOV4.OE Se reduce al menos en un 10% la incidencia de enfermedades de transmisión hídrica en menores de cinco años en las 20 comunidades participantes al finalizar el proyecto.
- IOV.5. OE Al finalizar el proyecto la Red de ACS, parteras y jóvenes de las 20 comunidades promueven con la red pública acciones coordinadas para la extensión de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo a planes estratégicos diseñados,

implementados y evaluados conjunta y complementariamente con la red institucional. Al menos un 55% de las mismas son mujeres.

- IOV6.OE Al menos el 65% de la población atendida (al menos 60% mujeres) por el proyecto tiene un mayor nivel de apropiación del enfoque de derechos y participa en el desarrollo de acciones organizadas y participativas para el ejercicio del derecho a la salud básica, sexual y reproductiva y su cumplimiento al finalizar el proyecto.

Resultados e indicadores

Resultado 1

Se ha mejorado la cobertura, calidad, pertinencia cultural y equidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de las redes institucional y comunitaria de acuerdo al enfoque de derechos en 20 comunidades vulnerables del municipio de Rosita.

Indicadores:

- IOV1.R1. Aumenta en al menos un 10% el número de atenciones en los servicios de salud sexual y reproductiva atendidas por las redes institucional y comunitaria en el ámbito de intervención, al finalizar el proyecto
- IOV2.R1. 140 ACS, 20 parteras y 40 jóvenes (56% mujeres) concluyen el programa de capacitación en salud y DDSSRR y se han apropiado del enfoque de derechos realizando acciones para su demanda organizada y promoción en las comunidades de intervención.
- IOV3.R1. Desarrolladas 4 Brigadas Médicas móviles integrales, 2 por año, priorizando la identificación y atención de casos de riesgo en salud sexual y reproductiva, durante la ejecución del proyecto con una cobertura estimada de 1200 personas
- IOV4.R1. Desarrollada una campaña de promoción de los derechos SSRR, pertinencia cultural y de género, estrategia comunitaria de distribución de métodos anticonceptivos y AIEPI comunitaria, diseñada e implementada con una cobertura estimada de 5500 personas
- IOV5.R1. Durante la ejecución del proyecto, las redes institucional y comunitaria de salud identifican barreras de acceso culturales androcéntricas que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la calidad de la atención sanitaria en 20 comunidades del municipio de Rosita

- IOV6.R1. 3 Unidades del MINSA cuentan con áreas habilitadas para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y 6 Unidades abastecidas con material sanitario garantizando la atención en términos de calidad, equidad de acuerdo al modelo de Atención en Salud Intercultural MASIRACCN

Resultado 2

Desarrolladas las capacidades comunitarias e institucionales para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva y Salud Infantil reduciendo las brechas de acceso de la población vulnerable con acciones complementarias de extensión de cobertura y demanda organizada de derechos en 20 comunidades del municipio de Rosita

Indicadores:

- IOV1.R2. Conformada una comisión municipal e intercultural en Salud Materno Infantil (SSRR), (al menos 50% de integrantes mujeres), impulsando políticas participativas, inclusivas y equitativas que garanticen el acceso en términos de equidad e interculturalidad de acuerdo al enfoque de derechos en los servicios de SSRR,
- IOV2.R2. Al finalizar el proyecto, la red institucional y comunitaria de Rosita aplica un mecanismo de auditoría social intersectorial en los servicios de salud sexual y reproductiva y salud materno-infantil para determinar las brechas de acceso de la población vulnerable en términos de equidad e interculturalidad bajo el enfoque de derechos.
- IOV3.R2. 20 comités implementan acciones coordinadas con el sistema público de salud para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con equidad de género y pertinencia cultural. Al menos un 40% de sus integrantes son mujeres.
- IOV4.R2. 30 ACS y 15 parteras del municipio de Rosita acreditadas como orientadoras interculturales en SSRR por el MINSA al finalizar el proyecto (al menos 50% mujeres)
- IOV5.R2 Al finalizar el proyecto, 20 comunidades de Rosita alimentan el sistema de información con datos contrastados para la planificación y acción en salud SSRR y Salud Infantil a través del sistema de información Comunitario (SICO).
- IOV6.R2 Implementados desde las comunidades mecanismos de coordinación para la identificación y atención de casos de riesgo en salud materno-infantil, evidenciado en el aumento de al menos un 60% de las referencias desde las comunidades

Resultado 3

Se han desarrollado las capacidades colectivas de titulares de derecho para garantizar el acceso al agua, higiene y saneamiento ambiental sostenible en 20 comunidades del Municipio de Rosita.

Indicadores:

- IOV1.R3 Al menos 400 familias vulnerables en 20 comunidades de Rosita mejoran su acceso domiciliario al agua potable y su capacidad para tratar y conservar su calidad durante la ejecución del proyecto.
- IOV2.R3 300 familias vulnerables en 8 comunidades participantes mejoran su acceso a agua potable con la habilitación de 12 pozos comunales
- IOV3.R3 Garantizadas las necesidades de cloro y su distribución para el tratamiento de agua de consumo domiciliario en 20 comunidades del Municipio de Rosita.
- IOV4.R3 600 familias mejoran la calidad del agua de consumo domiciliario con la dotación y utilización de filtros cerámicos para el tratamiento del agua de consumo.
- IOV5.R3 CAPS y ACS de 20 comunidades mejoran sus condiciones de saneamiento ambiental con acciones periódicas de higiene y saneamiento ambiental y promoción de hábitos saludables contempladas en sus planes de promoción del derecho a la salud al finalizar el proyecto

Metodología

Criterios y preguntas de evaluación

La evaluación valorará los siguientes criterios de calidad y eficacia de la ayuda de manera general y específicamente para cada uno de los objetivos, resultados y actividades del proyecto:

Pertinencia:

Se valorará la adecuación de los objetivos y resultados al contexto en el que se realiza la intervención, analizando la calidad del diagnóstico que la sustenta la intervención y su correspondencia con las necesidades e intereses de los titulares participantes. En dicho análisis se

valorará especialmente la correspondencia del proyecto con los Planes Locales y Regionales del país y a las prioridades de la cooperación gallega y la Cooperación Española.

Eficacia:

Con el fin de medir y valorar la consecución de los objetivos y la orientación del proyecto al logro de resultados efectivos de desarrollo, se juzgarán especialmente los aspectos siguientes:

- Calidad de la identificación, formulación y gestión.
- Cumplimiento del objetivo específico y su aporte al objetivo general
- Grado y tipología de la participación comunitaria.
- Aportación de cada uno de los actores al cumplimiento de las prioridades y necesidades del proyecto.

Eficiencia:

El estudio y valoración de los resultados alcanzados en comparación con los recursos empleados analizará:

- Coste con respecto a las actividades desarrolladas y a los resultados obtenidos.
- Funcionamiento de los mecanismos de co-financiación y co-gestión con los demás actores participantes.
- Capacidad de aprovechar recursos y estructuras ya existentes para el logro de los objetivos.
- Grado de implicación y participación de las instituciones locales, regionales y nacionales en la gestión del proyecto.
- Mecanismos de integración y difusión de los modelos (de gestión y sectoriales) en otros proyectos de cooperación internacional.

Impacto:

La evaluación tratará de profundizar en la determinación de los efectos netos atribuibles a la actuación, identificando en la medida de lo posible los generados por la misma positivos o negativos, esperados o no, directos e indirectos, colaterales e inducidos. Más concretamente, se propone profundizar en los siguientes:

- Efectos del proyecto en términos de fortalecimiento de las capacidades locales (institucionales y comunitarias) para el ejercicio de derechos y la satisfacción de las necesidades básicas de la población.
- Grado de difusión de los resultados obtenidos entre las instituciones relacionadas directa o indirectamente con los actores locales directamente implicados en la ejecución.

Viabilidad:

La valoración de la continuidad de los efectos positivos generados con la intervención una vez retirada la ayuda se pondrá en relación con el fortalecimiento de los factores clave para el desarrollo local, la apropiación del proceso por parte de los titulares participantes y, en su caso, las conclusiones y recomendaciones de las evaluaciones de intervenciones similares, o relacionadas, ejecutadas con anterioridad. Con esta perspectiva, se consideran los siguientes factores de desarrollo:

a) Políticas de apoyo: se analizará si la intervención colabora, se opone o es neutral respecto a las políticas y estrategias nacionales, regionales y locales.

b) Aspectos institucionales: Grado de implicación de las instituciones locales, teniendo en cuenta el compromiso de las autoridades de asumir las recomendaciones para garantizar la sostenibilidad del proyecto. Así mismo, análisis del diseño y ejecución de las actividades previstas para la transferencia de los bienes y servicios a los titulares de obligaciones y derechos.

c) Aspectos financieros y económicos: capacidad de las instituciones nacionales y locales para darle continuidad a los procesos impulsados con el proyecto y sus efectos.

d) Factores tecnológicos: Transferencia de tecnología adecuada a las condiciones socioeconómicas locales.

e) Aspectos socioculturales: incidencia de la intervención en las relaciones socio culturales de las comunidades, así como la apropiación por parte de la comunidad.

f) Género: incidencia de la intervención en las relaciones de género en las comunidades, así como para la satisfacción de los intereses y necesidades de las mujeres participantes.

Alineamiento

Se analizará la vinculación del proyecto con el marco estratégico, legislativo, institucional y procedimental de la zona de intervención, y en concreto hasta qué punto se han utilizado y

potenciado sus recursos, sistemas y procedimientos de gestión y su dirección de los procesos de desarrollo.

Más concretamente, se juzgará si la implementación ha fomentado el aprendizaje mutuo y el desarrollo de capacidades técnicas, operativas y de organización social, examinando el desempeño de los equipos del proyecto en términos de rendición de cuentas y criterios de contratación tanto del personal como de los bienes y servicios previstos.

Apropiación

Se valorará a través de qué medidas concretas y en qué grado los titulares de derechos, obligaciones y responsabilidades participantes han ejercido su autoridad y liderazgo efectivos en todo el ciclo de la gestión del proyecto y facilitado la participación desde un enfoque democrático y auto centrado en el ámbito local de intervención.

De acuerdo a estos criterios, las preguntas de evaluación propuestas inicialmente son las siguientes:

CRITERIOS	PREGUNTAS DE EVALUACIÓN
Pertinencia	<p>¿Se corresponde la intervención con las prioridades y necesidades de mujeres y hombres participantes?</p> <p>¿Fue el diseño de la intervención lógico, coherente y relevante desde ese punto de vista?</p> <p>¿Las hipótesis planteadas fueron realistas? ¿Cuál ha sido su importancia efectiva?</p>
Eficacia	<p>¿Se ha mejorado el acceso a mejor capacidad de gestión de la SSR de población vulnerable residente en la zona de cobertura del proyecto?</p> <p>¿Se ha fortalecido la organización y la participación comunitaria en una mejor identificación de problemas de salud de mujeres y niñas?</p> <p>¿Se ha mejorado la disponibilidad de atención a mujeres en edad reproductiva, y menores de edad de insumos sanitarios para atender su salud en las comunidades participantes?</p> <p>¿Ha mejorado la disponibilidad de infraestructura sanitaria y agua segura de la población vulnerable beneficiaria del proyecto?</p>

Eficiencia	<p>¿Se han respetado los presupuestos establecidos en el diseño de la intervención?</p> <p>¿Se han respetado los cronogramas y plazos establecidos en las planificaciones operativas?</p> <p>¿Los recursos se han transformado en resultados de manera eficiente?</p> <p>¿Se han aprovechado los recursos locales? ¿Se han potenciado?</p> <p>¿En qué medida la colaboración institucional y los mecanismos de gestión articulados han contribuido a alcanzar los resultados de la intervención?</p>
Impacto	<p>¿Ha mejorado la capacidad de la red institucional para solucionar los problemas en salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en la zona de intervención del proyecto?</p> <p>¿Se han producido impactos negativos no previstos sobre los beneficiarios y beneficiarias del proyecto?</p> <p>¿Se han difundido los resultados obtenidos entre instituciones y organizaciones relacionadas con los actores locales directamente implicados en la ejecución?</p>
Viabilidad	<p>¿Se mantienen los beneficios de la intervención una vez concluida la fase de financiación externa?</p> <p>¿Se cuenta con los recursos para el mantenimiento de las acciones necesarias para ello?</p> <p>¿Se ha influido positivamente sobre la capacidad institucional pública y comunitaria?</p> <p>¿Cómo se ha incorporado el enfoque de género en la intervención?</p> <p>¿Cómo se ha incorporado el enfoque de interculturalidad en la intervención?</p>
Alineamiento	<p>¿Se han tenido en cuenta las estrategias y programas de desarrollo en salud del país en el que se ejecuta la intervención?</p> <p>¿La intervención incluye medidas específicas para fortalecer las capacidades de las instituciones locales? ¿Se ha logrado?</p>
Apropiación	<p>¿En qué medida han participado las instituciones locales en el diseño de la intervención?</p> <p>¿En qué medida participan las instituciones locales en la aplicación y gestión de la intervención?</p> <p>¿En qué medida y a través de qué medios y procedimientos han participado hombres y mujeres en todo el proceso?</p>

Metodología de evaluación

La evaluación propuesta se orienta específicamente a garantizar la recolección de información suficiente que permita analizar los impactos y efectos del proyecto y aporte a sus actores elementos de mejora de su desempeño en el sector geográfico y temático sobre el que se interviene.

1.1. Organización del trabajo: fases de la evaluación

Los trabajos evaluativos se organizarán en tres fases, con una duración de 6 semanas, de acuerdo al siguiente esquema:

- Fase I. Revisión documental y planeación del trabajo de terreno
- Fase II. Trabajo de campo.
- Fase III. Tratamiento y análisis de la información y preparación de informe final

Etapas I

Estudio de Gabinete: (duración estimada de 2 semanas) con las siguientes tareas:

- Análisis de la documentación; informes de seguimiento, estudios de LdB, otros.
- Análisis de estudios previos sobre la identificación y formulación.
- Diseño de las herramientas metodológicas para la recogida, procesamiento y análisis de la información que garanticen la fiabilidad de las fuentes y el rigor del procesamiento y análisis.
- Revisión/adaptación de los indicadores para el análisis de los resultados del proyecto.
- Identificación de informantes locales claves que incluirán al menos a: los y las técnicos y técnicas del proyecto, personal local y población participante:

Titulares de responsabilidades

- Coordinador de proyectos en AMC Central
- Gerente Regional de AMC en RACCN
- Coordinador territorial de Rosita

- Responsable de equipo técnico FARMAMUNDI

Titulares de obligaciones

- Delegada del Gobierno Territorial Indígena
- Delegada del MINSA en Rosita
- Delegado de Alcaldía municipal

Titulares de derechos

- Agentes Comunitarios de Salud, miembros de Juntas directivas Comunitarias, miembros de CAPS y Comisiones de salud locales, y población beneficiaria directa.

- Redacción y entrega del documento de diseño de la evaluación de resultados.

Etapas II

Trabajo de Campo: (tiempo aproximado 2 semanas):

- Realización de entrevistas a informantes claves y solicitud de información adicional a las instituciones locales.
- Análisis de resultados.
- Redacción y entrega del informe preliminar de la evaluación de resultados que incluirá una memoria de las actividades realizadas en el trabajo de campo.

Etapas III

Elaboración y presentación del informe final (duración estimada de 2 semanas). Se elaborará y redactará el informe final, de modo orientativo éste deberá atenerse a las recomendaciones del apartado “Estructura del informe”.

Estructura y presentación del informe de evaluación

A manera de sugerencia se recomienda la siguiente estructura del documento para la entrega del informe final:

1. Portada
2. Introducción
Antecedentes y enfoque metodológico
Objetivo de la Evaluación

- Estructura de la documentación presentada
- Metodología empleada en la evaluación
- Condiciones y límites de la evaluación realizada
- Descripción de los trabajos realizados
- 3. Descripción de las intervenciones realizadas
 - Concepción Inicial
 - Descripción detallada de su evolución
- 4. Metodología
- 5. Criterios de evaluación
- 6. Conclusiones y enseñanzas aprendidas
- 7. Recomendaciones
- 8. Anexos

1.2. Metodología evaluativa

Tanto el Objetivo Específico como los resultados esperados serán evaluados a partir de los indicadores y fuentes de verificación establecidos en la matriz de planificación del proyecto y eventuales actualizaciones de Línea de Base. No se requerirá de utilizar indicadores intermedios.

Objetivo específico	Indicador	Método / Instrumento
Promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental mediante el empoderamiento de titulares de derecho y el fortalecimiento de su capacidad de articulación de estrategias incluyentes y equitativas con el sistema sanitario público del territorio de Laguna de Perlas.	<ul style="list-style-type: none"> • IOV.1.OE. Se reduce en al menos un 3% la tasa de embarazos adolescentes en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Entrevista a actores clave: MINSA, AMC, Farmamundi • Revisión comparativa de registros de embarazadas
	<ul style="list-style-type: none"> • IOV2.OE. Aumenta en al menos un 10% la cobertura asistencial pública y comunitaria, con énfasis en grupos priorizados por el MINSA (mujer y niñez) en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Entrevista a actores clave: MINSA, AMC, Farmamundi • Muestreo AIM en comunidades
	<ul style="list-style-type: none"> • IOV3.OE. Al menos el 70% de mujeres en edad reproductiva atendidas por los servicios de salud sexual y reproductiva institucional y comunitaria expresan una valoración positiva de los servicios al finalizar el proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Entrevista a actores clave: MINSA, AMC, Farmamundi • Entrevista a beneficiarias
	<ul style="list-style-type: none"> • IOV4.OE Se reduce al menos en un 10% la incidencia de enfermedades de transmisión hídrica en menores de cinco años en las 20 comunidades participantes al finalizar el proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Entrevista a beneficiarias

	<ul style="list-style-type: none"> IOV.5.OE Al finalizar el proyecto la Red de ACS, parteras y jóvenes de las 20 comunidades promueven con la red pública acciones coordinadas para la extensión de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo a planes estratégicos diseñados, implementados y evaluados conjunta y complementariamente con la red institucional. Al menos un 55% de las mismas son mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista a gerentes de entidades: MINSA, agentes comunitarios
	<ul style="list-style-type: none"> IOV6.OE Al menos el 65% de la población atendida (al menos 60% mujeres) por el proyecto tiene un mayor nivel de apropiación del enfoque de derechos y participa en el desarrollo de acciones organizadas y participativas para el ejercicio del derecho a la salud básica, sexual y reproductiva y su cumplimiento al finalizar el proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista a gerentes y familias beneficiarias de 3 comunidades

Resultados	Indicador	Método / Instrumento
Resultado 1 Se ha mejorado la cobertura, calidad, pertinencia cultural y equidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de las redes institucional y comunitaria de acuerdo al enfoque de derechos en 16 comunidades vulnerables del territorio de Laguna de Perlas.	<ul style="list-style-type: none"> IOV1.R1. Aumenta en al menos un 10% el número de atenciones en los servicios de salud sexual y reproductiva atendidas por las redes institucional y comunitaria en el ámbito de intervención, al finalizar el proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista actores clave: MINSA y agentes comunitario
	<ul style="list-style-type: none"> IOV2.R1. 140 ACS, 20 parteras y 40 jóvenes (56% mujeres) concluyen el programa de capacitación en salud y DDSRRR y se han apropiado del enfoque de derechos realizando acciones para su demanda organizada y promoción en las comunidades de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista a beneficiarias Entrevista a actores clave
	<ul style="list-style-type: none"> IOV3.R1. Desarrolladas 4 Brigadas Médicas móviles integrales, 2 por año, priorizando la identificación y atención de casos de riesgo en salud sexual y reproductiva, durante la ejecución del proyecto con una cobertura estimada de 1200 personas. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista actores clave
	<ul style="list-style-type: none"> IOV4.R1. Desarrollada una campaña de promoción de los derechos SSRRR, pertinencia cultural y de género, estrategia comunitaria de distribución de métodos anticonceptivos y AIEPI comunitaria, diseñada e implementada con una cobertura estimada de 5500 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Verificación de materiales difundidos
	<ul style="list-style-type: none"> IOV5.R1. Durante la ejecución del proyecto, las redes institucional y comunitaria de salud identifican barreras de acceso culturales androcéntricas que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la calidad de la atención sanitaria en 20 comunidades del municipio de Rosita 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista a personal
	<ul style="list-style-type: none"> IOV6.R1. 3 Unidades del MINSA cuentan con áreas habilitadas para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y 6 Unidades abastecidas con material sanitario garantizando la atención en términos de calidad, equidad de acuerdo al modelo de Atención en Salud Intercultural MASIRACCN 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista a actores MINSA Verificación: mejoras realizadas

Resultado 2 Desarrolladas las capacidades comunitarias e institucionales para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva y Salud Infantil reduciendo las brechas de acceso de la población vulnerable con acciones complementarias de extensión de cobertura y demanda organizada de derechos en 16 comunidades del territorio de Laguna de Perlas	<ul style="list-style-type: none"> IOV1.R2. Conformada una comisión municipal e intercultural en SSRR, (al menos 50% de integrantes mujeres), impulsando políticas participativas, inclusivas y equitativas que garanticen el acceso en términos de equidad e interculturalidad de acuerdo al enfoque de derechos en los servicios de SSRR, 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental (informes y memorias) Entrevista actores
	<ul style="list-style-type: none"> IOV2.R2. Al finalizar el proyecto, la red institucional y comunitaria de Rosita aplica un mecanismo de auditoría social intersectorial en los servicios de salud sexual y reproductiva y salud materno-infantil para determinar las brechas de acceso de la población vulnerable en términos de equidad e interculturalidad bajo el enfoque de derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista actores
	<ul style="list-style-type: none"> IOV3.R2. 20 comités implementan acciones coordinadas con el sistema público de salud para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con equidad de género y pertinencia cultural. Al menos un 40% de sus integrantes son mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista actores
	<ul style="list-style-type: none"> IOV4.R2. 30 ACS y 15 parteras del municipio de Rosita acreditadas como orientadoras interculturales en SSRR por el MINSA al finalizar el proyecto (al menos 50% mujeres) 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental (acreditaciones, informes talleres) Entrevista actores
	<ul style="list-style-type: none"> IOV5.R2 Al finalizar el proyecto, 20 comunidades de Rosita alimentan el sistema de información con datos contrastados para la planificación y acción en salud SSRR y Salud Infantil a través del sistema de información Comunitario (SICO). 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental (SICO) Entrevista con actores clave
	<ul style="list-style-type: none"> IOV6.R2 Implementados desde las comunidades mecanismos de coordinación para la identificación y atención de casos de riesgo en salud materno-infantil, evidenciado en el aumento de al menos un 60% de las referencias desde las comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: reportes de sistema referencia y contra referencia
Resultado 3 Se han desarrollado las capacidades colectivas de titulares de derecho para garantizar el acceso al agua, higiene y saneamiento ambiental sostenible en 16 comunidades del territorio de Laguna de Perlas.	<ul style="list-style-type: none"> IOV1.R3 Al menos 400 familias vulnerables en 20 comunidades de Rosita mejoran su acceso domiciliar al agua potable y su capacidad para tratar y conservar su calidad durante la ejecución del proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: expedientes de mejoras, actas de entrega, análisis de agua Entrevista a actores clave: miembros de CAPS
	<ul style="list-style-type: none"> IOV2.R3 300 familias vulnerables en 8 comunidades participantes mejoran su acceso a agua potable con la habilitación de 12 pozos comunales 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista actores clave Verificación habilitación de pozos
	<ul style="list-style-type: none"> IOV3.R3 Garantizadas las necesidades de cloro y su distribución para el tratamiento de agua de consumo domiciliar en 20 comunidades del Municipio de Rosita. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Entrevista a personal
	<ul style="list-style-type: none"> IOV4.R3 600 familias mejoran la calidad del agua de consumo domiciliar con la dotación y utilización de filtros cerámicos para el tratamiento del agua de consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Verificación in situ en 3 comunidades
	<ul style="list-style-type: none"> IOV5.R3 CAPS y ACS de 20 comunidades mejoran sus condiciones de saneamiento ambiental con acciones periódicas de higiene y saneamiento ambiental y promoción de hábitos saludables contempladas en sus planes de promoción del derecho a la salud al finalizar el proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: planes y memorias de actividades Entrevista a actores clave

Procesamiento y análisis de la información.

Con el objetivo de valorar los criterios de evaluación anteriormente descritos (eficacia, eficiencia, impacto, etc.) para todos y cada uno de los objetivos y resultados de la intervención, la información recopilada a partir de las anteriores metodologías será analizada cuantitativa y cualitativamente, de acuerdo a su naturaleza.

Los resultados de las entrevistas y grupos focales serán organizados y analizados a partir de indicadores estadísticos de frecuencia simple, media y porcentajes, según convenga a la interpretación de los mismos y dentro de las posibilidades que ofrezca la información efectivamente obtenida.

Las encuestas, por su parte, serán procesadas y tabuladas a través de hojas de cálculo, generando los correspondientes informes de resultados en formato MS Excel.

Como ya se ha mencionado, los parámetros de dicho análisis vendrán determinados por la lógica vertical y horizontal de la intervención, pudiendo recurrirse a otras mediciones previas en caso de que se consideren necesarias y estén disponibles. Más concretamente, se partirá de los siguientes:

- Metas y resultados esperados del proyecto.
- Mediciones previas identificadas en el mismo proyecto, o de intervenciones tanto vinculadas al proyecto, o no vinculadas pero que cuenten con diseño similar.

Control de la Calidad

Los sistemas previstos de control de calidad de las metodologías e instrumentos evaluativos anteriormente descritos son los siguientes:

- *Entrevistas y grupos focales*

En el primer caso se garantizará la unidad de lo investigado, mientras que los grupos focales se plantean como fórmula para reforzar y completar la visión de conjunto. Ambas actividades serán grabadas en audio para posibilitar su control independiente posterior.

- *Encuestas y verificaciones*

Las primeras se realizarán aprovechando la visita de campo, y su aplicación requiere consenso y entrenamiento previo, para lo cual se espera contar con la colaboración activa de las entidades responsables del proyecto. Se aplicarán con método abierto, registrando las respuestas en formato de imagen o video, según convenga, para posibilitar su control independiente posterior.

- *Revisión Documental*

Se llevará a cabo en 2 momentos y a dos niveles:

- Nivel ejecutor

Durante las visitas a las unidades ejecutoras por componente, contrastando los datos locales con los reportes recibidos formalmente por AMC / FARMAMUNDI.

- Nivel programático

En las instalaciones de AMC y FARMAMUNDI, contrastando archivos electrónicos y físicos.

Resultados obtenidos

Evaluación del Objetivo específico

El objetivo específico se propuso la “Promoción del ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental en el municipio de Rosita, mediante el fortalecimiento de las capacidades comunitarias e institucionales y la articulación de estrategias incluyentes y equitativas. RACCN”. Para su evaluación se tomaron en cuenta los criterios de Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto, y Viabilidad. El análisis se planteó a partir del cumplimiento de los siguientes indicadores:

Indicadores del grado de alcance del Objetivo específico

Indicadores del objetivo específico

No.	Indicador	En Línea de Base	Esperado	Ejecutado	Cumplimiento
1	IOV.1.OE. Se reduce en al menos un 3% la tasa de embarazos adolescentes en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto..	37.7%	36%	32%	100%
2	IOV2.OE. Aumenta en al menos un 10% la cobertura asistencial pública y comunitaria, con énfasis en grupos priorizados por el MINSA (mujer y niñez) en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto	2.080/año en 20 com.	10%	110% (total proyecto) 55% por año (62% mujeres)	100%
3	IOV3.OE. Al menos el 70% de mujeres en edad reproductiva atendidas por los servicios de salud sexual y reproductiva institucional y comunitaria expresan una valoración positiva de los servicios al finalizar el proyecto	Acceso Ser SSR: Si (19%), No (81%) Calidad 95% (regular) 5% (buena)	70% (buena calidad)	97% (acceso si) 81% (buena calidad)	100%
4	IOV4.OE Se reduce al menos en un 10% la incidencia de enfermedades de transmisión hídrica en menores de cinco años en las 20 comunidades participantes al finalizar el proyecto.	207/10.000 personas	-10%	S/D	S/D
5	IOV.5. OE Al finalizar el proyecto la Red de ACS, parteras y jóvenes de las 20 comunidades promueven con la red pública acciones coordinadas para la extensión de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo a planes estratégicos diseñados, implementados y evaluados conjunta y complementariamente con la red institucional. Al menos un 55% de las mismas son mujeres.	0	16 planes (55% mujeres)	16 planes (69% mujeres)	100%
6	IOV6.OE Al menos el 65% de la población atendida (al menos 60% mujeres) por el proyecto tiene un mayor nivel de apropiación del enfoque de derechos y participa en el desarrollo de acciones organizadas y participativas para el ejercicio del derecho a la salud básica, sexual y reproductiva y su cumplimiento al finalizar el proyecto.	S/D	30% (conoce y participa DSR y actividades)	43% (conoce) 24% (participa)	100%

El alcance del objetivo específico se considera que ha sido eficaz, por los hallazgos siguientes:

IOV.1.OE. Se reduce en al menos un 3% la tasa de embarazos adolescentes en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto.

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes (2019), es decir, 110 de cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presenta Jinotega con un 38%, seguido de la Costa Caribe con un 30%, y Managua y León con un 20%. La fecundidad de las adolescentes del área rural supera en un 75% a las del área urbana. Los partos entre las adolescentes y jóvenes son más frecuentes en el área rural y aumentan en la medida en que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas. La mayoría de las adolescentes embarazadas son pobres, con poca o nula educación y menos oportunidades de terminarla, y madres solteras. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el avance en las metas de reducir la pobreza, expansión de la educación y mejoras en la salud materno-infantil. Para las adolescentes embarazadas, es frecuente el abandono de los estudios, lo que reduce futuras oportunidades de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal.

La última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) fue realizada en 2011/12, y muestra un 31.5% de embarazo en adolescentes, cifra promedio que ha variado poco a nivel nacional hasta el 2020, pero que es mayor en la zona rural, particularmente en el caribe.¹ La LdB realizada para éste proyecto encontró una tasa de embarazo en adolescente calculada por MINSa en un 12%, pero partiendo de los mismos datos absolutos del MINSa de 20 comunidades y 2 unidades de salud, la consultoría encontró que la tasa en realidad es del 37.7%, y esto es porque el método de cálculo del MINSa registra menos embarazos esperados/registrados de los que éste trabajo pudo identificar, al igual que los rangos de edad que utiliza con diferentes. Esta evaluación encontró en registros MINSa y entrevistas con delegados MINSa en unidades de salud de territorios participantes, un 32% en el porcentaje de embarazos en mujeres de 15 a 19.² Los factores más importantes que influenciarían la reducción en el porcentaje de embarazo en adolescentes incluyen al aumento en la disponibilidad de información y métodos de planificación familiar en las unidades del MINSa y en red comunitaria (ECMAT), así como por las jornadas integrales de salud, que además

¹ Desde algunos años, a nivel internacional se prefiere utilizar la tasa de embarazos por cada 1000 adolescentes, para poder comparar entre países y períodos.

² En Nicaragua se registra embarazo como adolescente en edades comprendidas entre 15 y 19 años.

de acercar los insumos y la consejería en SSR a comunidades alejadas, permite reducir la resistencia de los hombres de las comunidades a que sus compañeras planifiquen o deban trasladarse a la cabecera municipal para obtener los métodos.

IOV2.OE. Aumenta en al menos un 10% la cobertura asistencial pública y comunitaria, con énfasis en grupos priorizados por el MINSA (mujer y niñez) en 20 comunidades de Rosita al finalizar el proyecto.

La cobertura de atención institucional en la costa caribe es reducida debido a la falta de suficientes unidades de salud periféricas, la dificultad de acceso terrestre de muchas de las comunidades, y los altos costos del acceso acuático, así como el bajo presupuesto fiscal para ampliar la red pública. Este déficit de cobertura se ve compensado parcialmente por la atención básica (preventiva y curativa básica) que brinda la red comunitaria de salud a través de sus diferentes agentes comunitarios en salud (ACS) y estructuras comunitarias (casas maternas, casas base, y Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias UROC). Por otro lado, diferentes fuentes oficiales y alternas, calculan la cobertura institucional en salud para caribe (norte y sur) en 45% a 65%, según el lugar que se valora (zona urbana y comunidades), razón por la que es importante valorar el alcance de las acciones del proyecto para complementar la cobertura de salud pública, en general y para la SSR en particular.

La LdB ha identificado parcialmente (40% de las 20 comunidades) la cobertura de atención de en salud de las 20 comunidades participantes en 2.080 personas para 2019 (62% mujeres), y el proceso de evaluación encontró un total de 4.679 atenciones adicionales, divididas en 3 periodos (parte de 2019: 1.683; en 2020: 1.055; y en 2021: 1.941) para un total de 4.679 atenciones adicionales que representaron un 112% de las brindadas en las unidades de salud dentro del área de intervención en el mismo periodo..

Se ha incrementado la cobertura de atención en salud general, principalmente en grupos de mujeres y menores de 5 años en particular (incluidas las atenciones en SSR), en un porcentaje mayor del esperado por formulación metodológica (más del 100%, y 62% de mujeres, respectivamente), particularmente debido a la extensión de cobertura hacia las comunidades más alejadas mediante las Jornadas Integrales de Salud (JIS) y a las atenciones que brindan los ACS con actualización de conocimientos en SSR, que logran ser incorporadas del registro SICO al del MINSA.

IOV3.OE. Al menos el 70% de mujeres en edad reproductiva atendidas por los servicios de salud sexual y reproductiva institucional y comunitaria expresan una valoración positiva de los servicios al finalizar el proyecto.

Durante la LdB realizada para éste proyecto, y de una muestra de personas encuestadas, el 94.6% destacaron que no se promueven los DSSR en las comunidades de Rosita. En relación al conocimiento de sus derechos SSR, solo el 22% refirieron que conocer sus derechos de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, la misma LdB identificó que el 68% conocía las barreras culturales que limitan el ejercicio de sus DSSR y la calidad de la atención, entre las que mencionaron el machismo, influencia religiosa, tema sólo para adultos, falta de educación, falta de confianza - comunicación entre padres e hijos, violencia y tabú.

Una encuesta aplicada al final del proyecto para valorar las brechas en el alcance de la atención en SSR adecuada para mujeres del municipio de Rosita, encontró entre otros datos, que el 97% de 65 mujeres encuestadas dijeron haber tenido acceso al servicio de SSR para diferentes tipos de consultas (Planificación familiar, embarazo, enfermedades ginecológicas, consejería, lactancia materna, otros), y de éstas mismas mujeres, el 81% dijeron haber recibido la atención con la calidad esperada, lo que se considera un impacto importante, en tanto la encuesta de LdB identifica un 95% de calidad regular y solo el 5% de buena calidad.

IOV4.OE Se reduce al menos en un 5% la incidencia de enfermedades de transmisión hídrica en menores de cinco años en las 16 comunidades participantes al finalizar el proyecto.

Estaba prevista la construcción de un indicador para medir la incidencia de enfermedades de transmisión hídrica en menores de cinco años, para medir el impacto que ha tenido el desarrollo de acciones (mejora de la calidad de atención, el acceso a agua de calidad y el saneamiento ambiental) sobre la salud de las comunidades donde se desarrollaron esas actividades, sin embargo, el Ministerio de Salud no pudo disponer de los datos desagregados por comunidad, ni consolidado actualizado para todo el municipio, sobre la incidencia de EDA y parasitosis en éste grupo de edad.

A nivel nacional, el MINSa reporta 74.817 casos acumulados para la semana 21 del año 2020 (Tasa de 145/10.000), los que, en relación al año anterior en el mismo período (106.491 casos, Tasa de 207/10.000) representa una reducción del 30% aproximadamente, según los datos publicados por el MINSa en su Boletín Epidemiológico.

En las entrevistas a contactos clave del proyecto, los delegados/as del MINSA mantienen que hay una reducción en la tasa de enfermedades de transmisión hídrica (diarreas, parasitosis, hepatitis A) en el área de ejecución del proyecto y en el municipio de Laguna de Perlas en general, dato que es corroborado por algunos de los ACS entrevistados. Los datos del SICO y del MINSA consolidados y desagregados estarán disponibles en un futuro, pero no en tiempo suficiente para el cierre de ésta evaluación.

IOV.5. OE Al finalizar el proyecto la Red de ACS, parteras y jóvenes de las 16 comunidades promueven con la red pública acciones coordinadas para la extensión de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo a planes estratégicos diseñados, implementados y evaluados conjunta y complementariamente con la red institucional. Al menos un 55% de las mismas son mujeres.

Para fortalecer la integración del tema de la promoción de los DSSR en el municipio de Laguna de Perlas, se previó la conformación y/o reorganización de espacios organizativos locales (Comisión de Salud y promoción de la SSR) que dirigieran o facilitaran el desarrollo de las acciones en SSR del proyecto, así como la capacitación de sus integrantes en el tema, los cuales provenían de las principales entidades institucionales y privadas de cada territorio, incluido el MINSA, Red Comunitaria, Alcaldía, Iglesias, MINED y grupos de jóvenes). Una de las tareas de ésta comisión fue la de promover y facilitar el desarrollo de proceso de planificación, que junto con el esfuerzo desde el equipo de proyecto concretó la elaboración de 16 planes de promoción de derechos en SSR (uno por cada comunidad participante) que cada comunidad ahora se encuentra en implementación. Estos planes incluyeron los contenidos de trabajo promocional usuales en SSR tales como plan parto, prevención del embarazo en adolescentes, planificación familiar, campañas educativas y promocionales locales en SSR, prevención del cáncer de mamas y de matriz, entre otros; pero también se identifican otros contenidos que responden a problemas menos abordados en intervenciones previas, tales como el mal manejo de los desechos sólidos, consumo de drogas y alcohol entre adolescentes y jóvenes de la comunidad, alto índice de ITS entre adolescentes, jóvenes y adultos, irregularidad con el abastecimiento de agua potable, descontrol de animales ambulantes en la comunidad, falta de recipientes para depósito de basuras y malos hábitos de higiene en la población, embarazo precoz, y necesidad de ampliar recursos sanitarios para atención de la comunidad, entre otros.

Para alcanzar éste propósito de planificación estratégica y operativa se verificó la realización de un taller inicial multisectorial con 20 delegados de entidades institucionales y de sociedad civil (50% mujeres) para organizar la jornada de análisis y planificación de las 16 comunidades; así como 2 talleres con delegados comunitarios de las 16 comunidades que convocaron entre ambos a 320 personas (69% mujeres) en ambas jornadas.

IOV6.OE Al menos el 30% de la población atendida (al menos 60% mujeres) por el proyecto tiene un mayor nivel de apropiación del enfoque de derechos y participa en el desarrollo de acciones organizadas y participativas para el ejercicio del derecho a la salud básica, sexual y reproductiva y su cumplimiento al finalizar el proyecto.

En el diseño de todas las acciones del proyecto se incorpora, de una forma u otra, tareas y contenidos que se transmitían a los diferentes titulares del proyecto (de obligación, responsabilidad y de derecho), en la modalidad y profundidad de cada perfil de titular. Sin embargo, se identifican acciones específicas de promoción de la apropiación del enfoque de DSR y la asistencia misma en SSR según actividad. Se capacitó en gestión comunitaria de la SSR a 125 agentes comunitarios (48% mujeres), pero también se alcanzó a 250 pobladores para charlas específicas sobre la SSR en temas trazadores que se consideraron más pertinentes por el equipo local de proyecto, pero también se alcanzó a 4 de cada 10 personas con mensajes de promoción de la SSR (43% de conocimiento de temas trazadores) y a 2.5 de cada 10 (24%) que participaban activamente en actividades de promoción y educación, los cuales se midieron mediante encuesta aplicada durante la recolección de datos de terreno a 35 personas, entre usuarios/as de servicios de salud y pobladores de las comunidades beneficiarias.

Valoración del alcance del OE por opinión de actores implicados

Con el objetivo de determinar la valoración de los principales actores del proyecto sobre las actividades desarrolladas, se realizaron entrevistas directas y encuestas a los diferentes actores del proyecto. Algunas opiniones de los actores se presentan a continuación:

Valoraciones cualitativas de contactos clave sobre el objetivo específico

(Grupo focal con miembros de comités comunitarios de salud: Indira Centeno Aguilar, José Dolores Jirón Pérez, Rodolfo Soza Solano, Bayardo Picado, Leocadio Dávila Ochoa)

"En los 2 años que se estuvo trabajando fueron atendidos con el proyecto, filtros de cerámica, entregas de afiches, camisetas, asesorando sobre SSR acompañado con el MINSA, talleres..." "... uno de los aspectos principales es ir desarrollando los conocimientos básicos que a veces hay en el terreno o en las zonas más vulnerables y esto nos ayudó bastante" "Recibimos mucha información sobre salud sexual reproductiva es decir a grandes rasgos, por otro lado la salud en general, el medio ambiente, la sensibilización a la población, las limpiezas en las escuelas, las comunidades, centros de reuniones, las iglesias, recibieron medios de limpieza para trabajar con la comunidad, nos ayudaron bastante y nosotros pusimos de nuestra parte con la población en las comunidades"

"A medida que ha venido pasado el tiempo hemos venido desarrollando conocimientos, trabajando con los jóvenes y también hubieron (hubo) jornadas deportivas entre las comunidades, y eso nos ayudó a tener un acercamiento con jóvenes de todas las comunidades"

"También se ha coordinado para cuidar nuestro medio ambiente en nuestras comunidades, evitar la deforestación masiva y seguimos luchando. Pensamos que nos ha servido bastante el programa de AMC, la lucha por coordinarnos mejor con el MINSA"

"Se ha educado a la gente en lo posible, y la red comunitaria siempre está activa con las parteras, líderes, brigadista, COLVOL, todos ellos en una sola sintonía por el bien de nuestras comunidades"

"No siempre se trabaja al 100 % en estos programas, pero hacemos lo posible, pero la red comunitaria, AMC, MINSA estamos bien cohesionados y organizados, ya que el MINSA tiene interés en ayudarnos, pero no logran hacer cobertura a como lo hicieron con el apoyo de AMC en este proyecto"

"Se agradece el apoyo de este proyecto, la ayuda de programas así son una bendición de DIOS y esperan continuar recibiendo el apoyo humanitario que realizan"

"... de las mismas comunidades se han sacado enfermeros y consideramos es un avance en temas de salud...."

la llegada de Brigadas médicas móviles (Jornadas Integrales de Salud) que han sido de gran beneficio y que han trabajado muy bien, la participación de las mujeres se ha hecho efectiva, y los adolescentes se han venido integrando poco a poco, el respeto, el derecho de género"

"Recibimos talleres para el mantenimiento del filtro, se hicieron exámenes a los pozos para saber si el agua era apta para el consumo, el apoyo y la ayuda articulada ha sido un éxito"

"La integración de los jóvenes ha sido muy buena y seguiremos cuidando lo poco que tenemos y fortaleciendo la red comunitaria, siempre estamos a la disposición si es algo que beneficia a mucha gente lo que son proyectos como este"

Como sugerencia para el proyecto "el proyecto fue muy bueno, ampliar actividades del proyecto similar a este, que los fondos vayan por el buen camino y les lleguen a las personas que tanto lo necesitamos, y si hay alguna forma de mejorar pues para nuestras comunidades es mejor, en las comunidades siempre necesitamos ayuda, agradecer a AMC, FARMAMUNDI y Generalitat Valenciana por su bondad"

La valoración del alcance de los indicadores del objetivo específico, así como por la cuantificación y verificación de actividades y metas alcanzadas en los mismos, y la valoración que realizan los

diferentes actores y beneficiarios de la intervención puede establecerse que se ha mejorado la capacidad de gestión y promoción de los derechos en salud sexual y reproductiva, al igual que se ha mejorado el acceso y calidad de agua de consumo humano y saneamiento ambiental en las 20 comunidades participantes del municipio de Rosita, y que esos alcances han sido incluyentes, equitativos (género, interculturalidad, medioambiental), y han incorporado estrategias de articulación entre sistema público y comunitario, por lo que se puede establecer como **eficaces** las acciones desarrolladas en el proyecto para alcanzar el Objetivo Específico, la valoración sobre las mismas acciones que vertieron los diferentes actores del proyecto permiten calificar como **pertinentes** en el alcance del objetivo específico, así como de muy importante **impacto**, puesto que se alcanzaron, y en algunos casos superaron los niveles esperados en los indicadores establecidos en la matriz de planificación del proyecto.

1.3. Evaluación del Resultado No. 1

El Resultado 1 indicaba que *“Se ha mejorado la cobertura, calidad, pertinencia cultural y equidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de las redes institucional y comunitaria de acuerdo al enfoque de derechos en 16 comunidades vulnerables del territorio de Laguna de Perlas.”*.

Para su evaluación se tomaron en cuenta los criterios de Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto, y Viabilidad. El análisis se planteó a partir del cumplimiento de los siguientes indicadores:

No.	Indicador	En Línea de Base	Esperado	Ejecutado	Cumplimiento
1	IOV1.R1. Aumenta en al menos un 10% el número de atenciones en los servicios de salud sexual y reproductiva atendidas por las redes institucional y comunitaria en el ámbito de intervención, al finalizar el proyecto	1.151	+10% (1.151)	93% (de la línea de base) Incremento no calculado	93% (no incremento)
2	IOV2.R1. 140 ACS, 20 parteras y 40 jóvenes (56% mujeres) concluyen el programa de capacitación en salud y DDSSRR y se han apropiado del enfoque de derechos realizando acciones para su demanda organizada y promoción en las comunidades de intervención.	0	140 ACS 20 parteras 40 jóvenes (50% mujeres)	142 ACS 24 parteras 82 jóvenes (55% mujer)	100%
3	IOV3.R1. Desarrolladas 4 Brigadas Médicas móviles integrales, 2 por año, priorizando la identificación y atención de casos de riesgo en salud sexual y reproductiva, durante la ejecución del proyecto con una cobertura estimada de 1200 personas.	0	4 (1.200 pers)	14 (jornadas fraccionadas) (4.679 pers)	100%

4	IOV4.R1. Desarrollada una campaña de promoción de los derechos SSRR, pertinencia cultural y de género, estrategia comunitaria de distribución de métodos anticonceptivos y AIEPI comunitaria, diseñada e implementada con una cobertura estimada de 5.500	0	1 (30% pob)	1 (53%) (34 de 65 en encuestas)	100%
5	IOV5.R1. Durante la ejecución del proyecto, las redes institucional y comunitaria de salud identifican barreras de acceso culturales androcéntricas que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la calidad de la atención sanitaria en 20 comunidades del municipio de Rosita	0	1	1	100%
6	IOV6.R1. 3 Unidades del MINSA cuentan con áreas habilitadas para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y 6 Unidades abastecidas con material sanitario garantizando la atención en términos de calidad, equidad de acuerdo al modelo de Atención en Salud Intercultural MASIRACCN	0	3	3	100%

El alcance del *Resultado 1* se considera que ha sido **eficaz**, por los hallazgos siguientes:

IOV1.R1. Aumenta en al menos un 10% el número de atenciones en los servicios de salud sexual y reproductiva atendidas por las redes institucional y comunitaria en el ámbito de intervención, al finalizar el proyecto.

La cobertura de atención institucional en la costa caribe es reducida debido a la falta de unidades de salud periféricas, la dificultad de acceso terrestre de muchas de las comunidades, y los altos costos del acceso acuático, así como el bajo presupuesto fiscal para ampliar la red pública. Este déficit de cobertura se ve compensado parcialmente por la atención básica (preventiva y curativa básica) que brinda la red comunitaria de salud a través de sus diferentes agentes comunitarios en salud (ACS) y estructuras comunitarias (casas maternas, casas base, y Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias UROC). Por otro lado, diferentes fuentes oficiales y alternas, calculan la cobertura institucional en salud para caribe ser en 45% a 65%, según el lugar que se valora (cabecera municipal, comunidades), razón por la que es importante valorar el alcance de las acciones del proyecto para complementar la cobertura de salud pública, en general y para la SSR en particular.

Estaba previsto atender al 70% de mujeres en edad fértil (MEF) en la red institucional, lo que suponía atender a 1.151 mujeres en la vida del proyecto. Para éste cálculo no se logró obtener el registro de atenciones del programa AIMNA (Mujer, Niñez y Adolescencia) consolidado de las unidades del MINSA, por lo que se tuvo que calcular el indicador con las atenciones en SSR brindadas en 14 jornadas de atención en salud realizadas en las 20 comunidades en el periodo de proyecto, que totalizan 1.069 mujeres (MEF), que suponen el 93% del equivalente previsto a atender en el periodo,

pero sin incremento. Si se tuviese el dato de atenciones SSR a MEF de los puestos de salud de la zona de intervención, es seguro que se alcanzaría el 100% y probablemente se superaría en más del 10 % que el indicador esperaba.

IOV2.R1. 140 ACS, 20 parteras y 40 jóvenes (56% mujeres) concluyen el programa de capacitación en salud y DDSSRR y se han apropiado del enfoque de derechos realizando acciones para su demanda organizada y promoción en las comunidades de intervención.

Ya se mencionó más arriba en el documento que la red comunitaria de agentes de salud complementa el déficit de cobertura de atención sanitaria que padece el sistema público en ésta región de caribe sur, (cobertura institucional del 45 – 65%), y particularmente en las comunidades alejadas, en donde la cobertura es ausente totalmente. Esto implica que los agentes comunitarios deben estar formados y en capacitación sistemática para poder cumplir las expectativas de la problemática de salud local con calidad, al menos para las acciones preventivas y algunas curativas básicas.

Por tanto, el proyecto se propuso desarrollar un plan de capacitación para 140 agentes comunitarios (Líderes de salud, agentes de medicina tradicional, y colaboradores anti epidemia voluntarios), 20 parteras, y 40 jóvenes formadores en SSR, pero ésta meta se ha superado, principalmente por razón de incorporar a otros agentes que estaban inactivos durante la identificación del proyecto, y otros pertenecientes a mismas comunidades seleccionadas, para relevo generacional.

Se verificó la participación de 241 agentes comunitarios (142 ACS, 24 parteras, y 82 jóvenes formadores), de los cuales el 55% son mujeres, en contenidos relativos a derechos SSR, su promoción y educación, así como en atención sanitaria para temas de SSR básicos.

Estos agentes comunitarios ya se encuentran en funciones de prevención y atención básica en sus respectivas comunidades, para lo que se les ha dotado de equipo de protección personal (botas, impermeables, sombreros, mochilas), material sanitario de protección y de trabajo (EPP, medicamentos básicos, material de reposición, registro SICO) y material educativo sobre SSR y salud ambiental (folletos, afiches).

Talleres con ACS sobre SSR por fecha y género. GVA/FM/AMC

Taller	M	H	Total
19-oct-19	9	11	20
17-oct-19	9	0	9
15-oct-19	12	27	39
14-oct-19	3	9	12
12-sep-20	6	10	16
16-sep-20	4	11	15
17-sep-20	5	9	14
18-sep-20	5	8	13
19-sep-20	6	7	13
6-oct-20	12	25	37
7-oct-20	14	29	43
Participaciones	85	146	231
Participantes	63	79	142

Fuente: evaluación externa

Talleres con Parteras sobre SSR por fecha y género. GVA/FM/AMC

Taller	M	H	Total
4-feb-21	20	0	20
15-abr-21	20	0	20
7-ago-20	3	0	3
8-ago-20	4	0	4
10-ago-20	5	0	5
11-ago-20	5	0	5
12-ago-20	7	0	7
3,5 oct 2020	20	20	40
Participaciones	84	20	104
Participantes	24	0	24

Fuente: evaluación externa

Talleres con Jóvenes formadores/as sobre SSR por fecha y género. GVA/FM/AMC

Taller	M	H	Total
5-feb-21	22	18	40
6-feb-21	20	20	40
5-feb-20	12	6	18
10-feb-20	22	18	40
11-feb-20	4	4	8
13-feb-20	6	6	12
7,8,9,10,11 sep 2020	44	36	80
1,2 oct 2020	46	34	80
Participaciones	176	142	318
Participantes	46	36	82

Fuente: evaluación externa

IOV3.R1. Desarrolladas 4 Brigadas Médicas móviles integrales, 2 por año, priorizando la identificación y atención de casos de riesgo en salud sexual y reproductiva, durante la ejecución del proyecto con una cobertura estimada de 1200 personas.

Con el propósito de extender la cobertura de atención sanitaria en las comunidades alejadas de los territorios participantes del proyecto, el MINSA en coordinación con la red comunitaria y apoyo de proyectos, se programa y ejecuta periódicamente Jornadas de Atención Integral en salud (mejor conocidas a nivel local como Brigadas Médicas Móviles) con el fin de atender a la población con especiales dificultades de acceso económico y físico a las unidades de salud.

Con el apoyo del proyecto se han desarrollado 4 de éstas jornadas integrales de salud, pero ésta vez fraccionadas en 14 fechas para completar el plan originalmente formulado, para una cobertura de las 20 comunidades seleccionadas en el proyecto, así como personas que procedieron de otras comunidades aledañas como valor agregado de la ejecución. Estas jornadas han trasladado las atenciones básicas que se realizan en las unidades de salud, a las comunidades, e incluyeron sesiones educativas en SSR y salud ambiental, prevención del embarazo en adolescentes, suministro de métodos de planificación familiar, captación de embarazadas y atención de embarazadas subsecuentes, detección del cáncer de mamas y Cérvico uterino (exámenes de Papanicolaou), detección del VIH, prevención y atención de la violencia intrafamiliar, plan de parto para las embarazadas, atención integral a menores y adultos mayores principalmente.

Previamente a la organización de cada jornada, se realizó un encuentro de planificación multisectorial con representantes del MINSA, MINED, Alcaldía, Red Comunitaria de Salud y equipo del proyecto (AMC/FM), para coordinar logística, calendarios, y distribución de tareas a cada entidad.

Las 14 jornadas han brindado atención a 4.679 personas, las cuales procedían de un total de 20 comunidades, y de las cuales 3.449 (74%) fueron mujeres y niñas menores de 5 años. (Ver tabla a continuación):

Personas atendidas en Jornadas de Atención Integral en salud (JIS ó BMM) en municipio de Rosita, durante el proyecto. GVA/FM/AMC.

Fecha de Jornada	Personas atendidas		
	Mujeres	Hombres	Total atendidos/as
21-nov-19	523	187	710
7-sep-20	246	96	342
4-sep-20	151	52	203
3-sep-20	195	65	260
14-nov-19	159	44	203
9-sep-19	147	63	210
23-nov-19	442	118	560
31-ago-20	161	89	250
15-feb-21	212	126	338
16-feb-21	288	93	381
3-mar-21	217	68	285
24-feb-21	253	73	326
8-mar-21	224	75	299
15-feb-21	231	81	312
21-nov-19	523	187	710
Total Proyecto	3.449	1.230	4.679

Fuente: informes técnicos de proyecto y MINSA

IOV4.R1. Desarrollada una campaña de promoción de los derechos SSRR, pertinencia cultural y de género, estrategia comunitaria de distribución de métodos anticonceptivos y AIEPI comunitaria, diseñada e implementada con una cobertura estimada de 5.500.

Se ha verificado el desarrollo de una campaña de promoción de derechos en Salud Sexual y Reproductiva en casco urbano y comunidades del municipio de Rosita, cuyas actividades aún continuaban en el momento de recolección de datos de ésta evaluación (nov 2021).

Los contenidos de la campaña se dirigen a la promoción de la adecuada SSR principalmente, y transversalmente incorporan los factores de interculturalidad y de género en los contenidos de los instrumentos diseñados para la misma. En el marco de la campaña se han ejecutado las acciones siguientes:

- Edición y transmisión de 4 viñetas radiales, estas viñetas son transmitidas a través de la radio URACCAN Rosita, que tiene una cobertura de alto alcance abarcando todo el territorio de Rosita y parte de otros municipios aledaños, el contenido de las viñetas es el siguiente:
 - Viñeta #1: Derecho a vivir sin Violencia
 - Viñeta #2: Derecho a equidad de hombres y mujeres. Salud Sexual y Reproductiva
 - Viñeta #3: Derecho a la información veraz y científica. Salud Sexual y Reproductiva
 - Viñeta #4: Prevención del embarazo en la adolescencia

- Diseño, elaboración y distribución de 842 camisetas con mensajes sobre salud sexual y reproductiva “Sumémonos al compromiso de promover una salud sexual y reproductiva y restemos la violencia”
- Elaboración y distribución de 3,565 afiches y 3,500 folletos con mensajes de prevención del embarazo en la adolescencia y otros contenidos educativos en salud sexual y reproductiva, a través de los líderes comunitarios en cada comunidad y a través del MINSA en las unidades de salud. Todos los materiales verificados integran los mensajes en SSR contratados, además de la visibilidad de Generalitat Valenciana, MINSA, Acción Médica Cristiana y Farmamundi.
- También se ha verificado el desarrollo de encuentros con jóvenes, en donde se han realizado actividades recreativas asociadas a sesiones de educación en derechos a la SSR y particularmente en prevención de embarazo en adolescentes y jóvenes, planificación familiar, y derecho a la SSR.

El enfoque de la campaña parte de los contenidos clave seleccionados por MINSA, e identificados por AMC, como resultado de una consultoría realizada en 2018 sobre promoción de la SSR, los cuales se presentan a continuación:

Contenidos clave del proyecto y su abordaje en la campaña de promoción de DSSR

Aspectos de especial consideración en la elaboración del plan de promoción de la salud.	Acciones concretas, a partir de tales aspectos.
Educar a la población meta sobre la prevención del embarazo adolescente.	Incluir en la Campaña de Sensibilización, información sobre la prevención del embarazo adolescente, resaltar a los jóvenes la importancia de asistir a charlas promovidas por MINSA y AMC sobre SSR en las comunidades y puestos de salud y/o avocarse a estos o a los ACS, para obtener información al respecto de la prevención de embarazos adolescentes.
Incentivar a la población a visitar los puestos de salud y a los ACS y hacer uso de los servicios en salud específicamente en SSR.	Colaborar con la divulgación de la estrategia ECMAC, de modo que al incluirlo en el plan de promoción de salud sea una voz secundante a las campañas de promoción de salud del MINSA. Promover el aspecto gratuito de los servicios de salud y la importancia de la prevención de ITS y embarazos adolescentes.
Incremento de ACS capacitados en promoción y atención en SSR	Presentar mensajes que fomenten la adhesión de comunitarios a las red comunitaria de salud y el trabajo de sus ACS.
Incentivar a la población a visitar los puestos de salud y a los ACS y hacer uso de los servicios en salud específicamente en SSR.	Colaborar con la divulgación de la estrategia ECMAC, de modo que al incluirlo en el plan de promoción de salud sea una voz secundante a las campañas de promoción de salud del MINSA. Promover el aspecto gratuito de los servicios de salud, la prestación de los servicios de salud en tu idioma y respetando tu cosmovisión cultural y religiosa, recalando la importancia de la prevención de ITS y embarazos adolescentes.
Promover las brigadas médicas móviles, de modo que al incluirlo en la campaña de sensibilización sea una voz secundante a las campañas de promoción de salud sexual y reproductiva del MINSA.	Incentivar a la población a hacer uso de las brigadas médicas móviles cuando visiten sus comunidades o cercanías a estas, para obtener sus métodos de planificación familiar y/o atención de solicitud de información o charlas sobre SSR.
Presentar mensajes informativos y de sensibilización sobre los diferentes temas y ejemplos relacionados a la cultura androcéntrica, de cómo estos inciden negativamente en la vida de la mujeres.	Presentar mensajes y/o diálogos ejemplificando las malas prácticas de acciones relacionadas a la cultura androcéntrica, permitiendo de este modo que la población identifique estas barreras androcéntricas y de cómo estas inciden negativamente en la vida de las mujeres.
Promover en la población, la colaboración a prestar información personal referida a salud sexual y reproductiva a través de los ACS y/o los puestos de salud.	Concientizar sobre la importancia de los mecanismos de monitoreo multisectorial en SSR y los beneficios que trae consigo la existencia de estos, concientizar sobre la importancia de prestar colaboración, compartiendo información amplia y veraz a este mecanismo.
Concientizar y promover la importancia de la participación de la población en los planes de acción comunitaria y específicamente en dichos planes en la temática de SSR.	Presentar mensajes que muestren lo indispensable que es el involucramiento de la población en el trabajo para el desarrollo comunitario y específicamente la importancia de participar en los planes de acción comunitaria en pro de la salud sexual y reproductiva de su comunidad.

Durante el proceso evaluativo se aplicó encuesta de contenidos trazadores sobre promoción de la SSR a 65 personas, entre usuarios/as de servicios de salud y pobladores de 5 comunidades visitadas durante el proceso. También se aplicó la encuesta a titulares de obligación y resultados, pero solo se consideraron para el cálculo del indicador a pobladores y usuarios/as. El 53% de entrevistados

conocía los contenidos básicos principales de la promoción en SSR (derechos, equidad de género, formas de prevenir embarazos, entre otros), y solo el 28% de entrevistados indicó estar aplicando conocimientos o participando de acciones relacionadas a éstos contenidos.

IOV5.R1. Durante la ejecución del proyecto, las redes institucional y comunitaria de salud identifican barreras de acceso culturales androcéntricas que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la calidad de la atención sanitaria en 20 comunidades del municipio de Rosita.

Con el propósito de determinar la percepción del alcance y calidad de atención en SSR en los servicios públicos de salud del MINSA, e identificar las principales barreras que limitan el ejercicio de los DSSR, se aplicaron encuestas a usuarias del municipio al inicio y final del proyecto, cuyos resultados más relevantes se muestran a continuación:

Indicador	Primera encuesta	Segunda encuesta
Mujeres en muestra	58%	55%
Sabe leer y escribir	30%	3%
Dice saber que es SSR	85%	90%
sabe que atenciones son SSR	35%	40%
Buena calidad atención SSR	97%	100%
Problemas en calidad atención SSR	50%	55%
Atención SSR a adolescente y jóvenes insuficiente	22%	10%
Se incorpora factor cultural en atención SSR	77%	85%
Atención en salud de tendencia androcéntrica en	40%	0%
Principales sugerencias	a) Mayor capacidad del personal para atender en SSR b) Mejores condiciones en las unidades de salud, infraestructura, salud, equipo y medicamentos. c) Mayor calidez en la atención (empatía); e) Llegar a las comunidades; f) Que hayan más medicamentos.	a) Mayor capacidad del personal para atender en SSR b) Mejores condiciones en las unidades de salud, infraestructura, salud, equipo y medicamentos. c) Mayor calidez en la atención (empatía)
Sugerencias específicas	a) Mayor preparación de los doctores; b) Promover más charlas informativas; c) Mayor empatía con el paciente; d) Agregar más personal a la unidad de salud;	a) Mayor preparación de los doctores; b) Promover más charlas informativas; c) Mayor empatía con el paciente; d) Agregar más personal a la unidad de salud;

Los resultados del monitoreo reflejan un incremento en respuestas positivas sobre la calidad de atención en SSR en los servicios de salud institucionales, así como en otros aspectos de la percepción sobre atención en SSR como la atención a jóvenes y adolescentes, el respeto e incorporación de aspectos culturales y la superación de barreras androcéntricas.

IOV6.R1. 3 Unidades del MINSA cuentan con áreas habilitadas para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y 6 Unidades abastecidas con material sanitario garantizando la atención en términos de calidad, equidad de acuerdo al modelo de Atención en Salud Intercultural MASI RACCN.

Se ha verificado la realización de obras de mejora física en 2 puestos de salud (Susun y Banacruz) y en el Hospital Primario Rosario Pravia Medina en la cabecera municipal de Rosita. Las obras fueron supervisadas por un arquitecto contratado para éste componente y las acciones de infraestructura sanitaria.

El alcance de las obras en el periodo reportado incluye la rehabilitación del área de maternidad del hospital primario, y de los puestos de salud de Banacruz y Susun. La rehabilitación consiste principalmente en la reparación de puertas, cambio de cerraduras para puertas, reparación de persianas, cambio de operadores, reparación del cielo raso, cambio parcial de techado, reparación del cerco perimetral, reparación de baños, cambio de lámparas, pintura en general, y reparaciones internas varias.

En ésta actividad también se realizó la dotación con equipamiento e insumos sanitarios a 5 puestos de salud (Susun, Banacruz, Risco de Oro, Casa base del Rosario Kukalaya, Okonwas) y el Hospital Rosario Pravia Medina con: tensiómetro, estetoscopio Rappaport doble manguera, balanza tipo reloj, Oto – oftalmoscopio, doppler fetal jumper recarga doble, pinzas de ojos, tijera lister, pinza kocher recta, tijera de mayo recta, porta aguja recto, pinza de disección s/diente, nebulizador Voyage II, tensiómetro pediátrico 2 brazaletes, estetoscopio pediátrico sencillo, set de laringoscopio, tallímetro, mesas de consultas, sillas metálicas plegables. La dotación también incluyó medicamentos, materiales sanitarios de reposición periódica y consumibles, así como formatos impresos de 5 tipos para registro de información estadística.

Durante el periodo se garantizó el combustible para traslado de pacientes desde y hacia unidades de salud del MINSA, particularmente de emergencias de mujeres y niños complicados, así como el traslado de embarazadas a la unidad de salud para sus respectivos exámenes y/o atención del parto.

Las acciones ejecutadas y verificadas durante la evaluación indican que el logro del resultado esperado 1 fue **eficaz y eficiente**, en tanto se alcanzaron las metas previstas en la implementación de las actividades previstas, incluso superándolas en algunos casos. Se logró mejorar la infraestructura de 3 unidades y dotación de 6 unidades de salud previstas, así como capacitar recursos sanitarios institucionales y comunitarios, medir y monitorear la calidad de la atención en SSR, en el tiempo establecido de proyecto y con los recursos disponibles. Además, ha tenido un **impacto importante** en el fortalecimiento y ampliación de cobertura de la atención en SSR de las 20 comunidades, por mejora de la capacidad de las propias unidades de salud, pero también por el desarrollo de jornadas integrales de salud (BMM) ha sido valorado como muy importante en tanto incrementó la cobertura de atención en SSR y en salud en general. Estos datos, junto con la información de sustento presentada arriba también permiten calificar el alcance del resultado 1 como **viable** por el involucramiento y apropiación institucional, y de la red de agentes comunitarios y **pertinente** porque las valoraciones cualitativas de los diferentes titulares indican que las acciones responden a la problemática que originó la formulación del proyecto.

Esta valoración de la pertinencia se basa tanto en el análisis de la formulación, la efectividad y eficacia en su ejecución, el alcance verificado en las metas e indicadores, pero también en la valoración de los contactos clave de la intervención ejecutada, de cuyas opiniones sobre la pertinencia y otros criterios de evaluación se presenta resumen a continuación:

Valoraciones cualitativas de contactos clave sobre el resultado 1

(Personal del MINSA en Rosita: Resp. Programa AIMNA, Enfermera de trabajo comunitario)

“Se hicieron capacitaciones a la red comunitaria en temas de salud sexual reproductiva, entrega de medicamentos, mejoras físicas al hospital y puestos de salud, entrega de filtros a los puestos de salud y a las comunidades y entre muchas otras actividades que se realizaron a través de los 2 años que estuvo el proyecto”

“En cuanto a coordinación de MINSA y la red comunitaria se fortaleció y muchas veces la red comunitaria es la que nos coordina en la búsquedas de pacientes o en referir pacientes que están con algunas complicaciones por ejemplo que tienen a alguna embarazada en trabajos de parto o iniciando el trabajo de parto, llaman vía telefónica y nosotros acudimos al llamado, igual se hacen coordinaciones, si ellos en sus comunidades identifican a un paciente que necesita alguna valoración nos reportan y se hacen las coordinaciones y garantizamos la atención de los pacientes”

"En cuanto a las brigadas médicas móviles nosotros realizamos una programación, entonces nosotros compartimos con AMC el plan y si ellos dentro de sus actividades tienen las posibilidades de apoyarnos siempre han sido bienvenidos ya que los beneficiarios son personas de escasos recursos que difícilmente van a salir de sus comunidades en busca de atención médica"

"Hablando de agentes comunitarios de salud, están capacitados para atender los problemas que se les presenten en sus comunidades ellas piensan que algunos líderes y ciertos problemas que son los que los líderes podrían resolver dentro de sus comunidades, Porque por ejemplo hay líderes que tienen muy buenas habilidades y pueden suturar, pueden dosificar medicamentos"

"..... las actividades que fueron ejecutadas por este proyecto prevalecerán a través de los años, las coordinaciones se mantendrán, el sistema SICO se recibe de manera mensual ya que es información que se desarrolla en las comunidades, ya sea educativa o atención directa, por ejemplo en la atención a las mujeres en planificación, plan parto, las parteras que realizan visitas a las embarazadas para sobarlas y consideran que la atención se ha hecho más eficiente con este sistema de información y se seguirá trabajando y continuar trabajando con los líderes de salud de las comunidades se convirtió en una oportunidad para mejorar el trabajo del MINSA. Este proyecto fue muy bueno porque se logró llevar servicios de odontología, medicamentos, atención a los niños, etc..."

"como sugerencias, que fuera más amplio este proyecto ya que vino dirigido a ciertas comunidades, entonces solo a esas comunidades se les atiende, más sin embargo existen muchas más comunidades que necesitan la atención de proyectos iguales a estos en donde el acceso y las distancias son un gran reto para el MINSA"

Grupo focal Bocana (9 comunidades: José Dolores Jirón Pérez, Kenia Celina Soriano Rodríguez, Erminia Rodríguez Hernández, Indira Centeno Aguilar, Jamileth Granado López, Tania Graciela Rayo Soriano, Eliel Eliaquin Jirón Mejía, Nelson Omar Pérez Bravo, Isabel Salazar Castellón)

"La participación de las mujeres es evidente y respecto a las actividades ejecutadas por el proyecto en las comunidades fue efectiva y de mucho beneficio para la población en general"

"En todas las actividades mencionadas hemos participado principalmente en SSR y las actividades de rehabilitación de pozos, las entregas de filtros, talleres y charlas" "estamos agradecidos con las personas que hacen donaciones para que estas cosas toquen las puertas de los hogares" "buena coordinación en la que están ahora entre la Red Comunitaria, AMC y el MINSA, ya que este proyecto tuvo una duración de 2 años y los beneficios obtenidos son de mucha importancia"

"nos da mucha satisfacción el esfuerzo que se hizo para llevar a cabo brigadas médicas móviles y la Odontología fue un impacto muy positivo, así como todas las especialidades y atenciones en general al igual que jornadas de limpieza en las comunidades"

Sobre valoración global del proyecto: "si se llevaron a cabo todas las actividades y se cumplió el objetivo principal el cual es llegar a estos hogares y brindarles apoyo, la coordinación que ahora existe y el fortalecimiento de la Red comunitaria, la participación y coordinaciones de MINSA, AMC y Farmacéuticos Mundi" "Las actividades plasmadas en el informe del proyecto sí se ejecutaron y se cumplieron los objetivos indicados"

1.4. Evaluación del Resultado No. 2

El Resultado 2 era “Desarrolladas las capacidades comunitarias e institucionales para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva y Salud Infantil reduciendo las brechas de acceso de la población vulnerable con acciones complementarias de extensión de cobertura y demanda organizada de derechos en 20 comunidades del municipio de Rosita”

Para su evaluación se tomaron en cuenta los criterios de Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto, y Viabilidad. El análisis se planteó a partir del cumplimiento de los siguientes indicadores:

No.	Indicador	Línea de base	Esperado	Ejecutado	Cumplimiento
1	IOV1.R2. Conformada una comisión municipal e intercultural en Salud Materno Infantil, (al menos 50% de integrantes mujeres), impulsando políticas participativas, inclusivas y equitativas que garanticen el acceso en términos de equidad e interculturalidad de acuerdo al enfoque de derechos en los servicios de SSR.	0	1	1	100%
2	IOV2.R2. Al finalizar el proyecto, las redes institucional y comunitaria de Rosita aplica un mecanismo de auditoría social intersectorial en los servicios de salud sexual y reproductiva y salud materno-infantil para determinar las brechas de acceso de la población vulnerable en términos de equidad e interculturalidad bajo el enfoque de derechos.	0	1	1	100%
3	IOV3.R2. 20 comités implementan acciones coordinadas con el sistema público de salud para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con equidad de género y pertinencia cultural. Al menos un 40% de sus integrantes son mujeres.	20 registrados 0 activos	20 funcionando (40 % mujeres)	20 funcionando (40 % mujeres)	100 %
4	IOV4.R2. 30 ACS y 15 parteras del municipio de Rosita acreditadas como orientadoras interculturales en SSRR por el MINSA al finalizar el proyecto (al menos 50% mujeres).	126 sin datos de actividad	30 ACS (40% mujer) Parteras 15	240 ACS (36 % mujer) Parteras 24	100 % 100 %
5	IOV5.R2 Al finalizar el proyecto, 20 comunidades de Rosita alimentan el sistema de información con datos contrastados para la planificación y acción en salud SSRR y Salud Infantil a través del sistema de información Comunitario (SICO).	7 (parcial)	20	23	100%
6	Implementados desde las comunidades mecanismos de coordinación para la identificación y atención de casos de riesgo en salud materno-infantil, evidenciado en el aumento de al menos un 60% de las referencias desde las comunidades.	SD	20 (+30% referencias)	18 (SD de referencias)	90 %

Fuente: Evaluación de proyecto

IOV1.R2. Conformada una comisión municipal e intercultural en Salud Materno Infantil, (al menos 50% de integrantes mujeres), impulsando políticas participativas, inclusivas y equitativas que garanticen el acceso en términos de equidad e interculturalidad de acuerdo al enfoque de derechos en los servicios de SSR.

Se ha podido verificar que se logró conformar la comisión municipal e intercultural en Salud Materno Infantil, con 60% de mujeres como integrantes, e integración de las principales entidades locales relacionadas a la salud en general y la SSR en particular.

Para la conformación de la comisión municipal e intercultural en salud materno infantil se desarrolló una sesión de trabajo con la participación de 15 personas (9 mujeres y 6 hombres) provenientes de MINSA, Alcaldía, MINED, Policía, GTI, AMC, Red Comunitaria de Salud.

Dentro de las actividades desarrolladas durante el encuentro se incluyeron:

- Presentación de los objetivos del proyecto
- Acompañamiento y constitución de consejo técnico dirigido por el MINSA.
- Presentación de los principales indicadores de salud a Nivel Municipal.
- Presentación del Plan estratégico de AMC.

De acuerdo a lo revisado y consultado sobre este encuentro, los principales logros incluyeron:

- Acompañamiento a las comisiones municipales de salud y desarrollar las primeras líneas de coordinación de cara a la constitución de consejos técnicos multisectoriales de coordinación, seguimiento y evaluación de acciones de mejora de la salud sexual y reproductiva en el municipio.
- Asistencia técnica y logística a las unidades de salud para el desarrollo de los programas que son llevadas en las comunidades de intervención, tanto en las consultas de morbilidad desarrolladas en las unidades locales de salud, como las consultas integrales que se promueven en las Brigadas médicas móviles, así como el resto de programas llevadas por MINSA.
- Apoyo al desarrollo de acciones encaminadas a la prevención de la morbilidad - mortalidad materna infantil y morbilidad en general, así como la promoción de la salud sexual y reproductiva y programación de jornadas de salud comunitarias en comunidades de difícil acceso.

Entre las principales dificultades identificadas se incluyeron las siguientes:

- Limitada cobertura en algunas comunidades por las condiciones difíciles en el acceso.
- Imposibilidad de cumplir las visitas periódicas a estas comunidades que tiene prevista el MINSA por falta de presupuesto.
- Incremento del índice de malaria en 4 comunidades de Laguna de Perlas.

Los acuerdos más relevantes fueron los siguientes:

- Programar otra sesión de trabajo de la comisión municipal para dar seguimiento a las comisiones multisectoriales y valorar la funcionalidad de las mismas.
- Equipo de dirección municipal de Ministerio de Salud se comprometieron a realizar presentación de indicadores de salud materna e infantil en esta otra sesión.
- Presentación de los datos de la Brigada médica móvil

Como parte del trabajo de la comisión multisectorial, se logró verificar además la realización de dos planes de capacitación dirigidos a colaboradores voluntarios (Col Vol.) y agentes comunitarios de salud (ACS). Estos planes se materializaron en la realización de tres talleres de capacitación con la participación de 203 personas (43 % mujeres) provenientes de 20 comunidades, tal como se detalla en la tabla siguiente:

Tipo de participante	Contenido	M	H	Total
Colaborador voluntario	<ul style="list-style-type: none"> • Rol del Col Vol. • Malaria • Vigilancia epidemiológica 	13	15	28
Colaborador voluntario	<ul style="list-style-type: none"> • MASIRACCN • MOSAFC • Toma de gota gruesa para malaria 	15	20	35
Agentes comunitarios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Redes comunitarias • Educación en salud • Malaria, prevención y tratamiento • Sistema de referencia y contra referencia 	59	81	140
Total		87	116	203

Además, se organizaron 2 encuentros con personal de 10 unidades de salud de Rosita para la revisión de protocolos de atención a problemas relacionados con la SSR. Participaron 50 personas (68 % mujeres), tal como se describe a continuación.

Fecha	Temática del encuentro	M	H	Total
11 septiembre 2020	Protocolo de atención a problemas obstétricos: código rojo y conducta a seguir.	13	12	25
31 octubre 2020	Familia canguro y lactancia materna: técnicas de amamantamiento, extracción manual de la leche, conservación de la leche, apego precoz y grupos de apoyo.	21	4	25
Total		34	16	50

Se pudo verificar que en el ejercicio de evaluación de manejo de los protocolos hubo buenos resultados por parte de los participantes. Sin embargo, también se evidenció la necesidad de reforzar algunos aspectos importantes que han quedado pendientes: actuación en el manejo del síndrome hipertensivo en el embarazo, atención al parto de bajo riesgo y atención del recién nacido.

Se logró verificar que además se realizó la reproducción de las siguientes normativas y protocolos:

- Normativa 109, Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas (20 ejemplares)
- Normativa 017, Guía para el abordaje de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición.
- Normativa 128, Manual de procesos de atención de enfermería del sector salud
- Normativa 077, Normativa para el abordaje de la patología más frecuente de alto riesgo obstétrico
- Normativa 003, Norma técnica y guía para el uso de antisépticos, desinfectantes de higiene de mano
- Normativa 146, Manual de procedimiento para la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia de 0 – 5 años, AIEPI
- Normativa 011, Norma y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo
- Normativa 108, Guía clínica para la atención del neonato (15 ejemplares)
- Normativa 097, Programa comunitario de salud y nutrición PROCOSAN

- Normativa 144, Manual de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo (VPCD) de niños y niñas menores de 6 años

De acuerdo a la opinión de los actores entrevistados durante la visita de campo, esta revisión, actualización e implementación de los protocolos debe redundar en la mejoría de la calidad de atención a las mujeres y los niños en las unidades de salud y comunidades de intervención.

Se desarrollaron además 5 talleres evaluativos en el manejo de la implementación del MASIRACCN, con 131 personas entre ESAFC y ACS (73 mujeres), tal como se describe a continuación:

Fecha	Comunidad	M	H	Total
18 septiembre 2020	Rosita	12	9	23
26 septiembre 2020	Risco de Oro	6	14	20
22 - 23 octubre 2020	ACS Kukulaya, Black, Buena Esperanza	24	9	33
29 septiembre 2020	ACS Banacruz	10	5	15
17 abril 2021	Rosita	21	21	42
Total		73	58	131

Durante estos encuentros con ACS y ESAFC, se lograron identificar los avances y actividades que se han realizado a través del esfuerzo articulado entre el MINSA y la red comunitaria:

- Realización de 9.376 consultas por los ACS.
- Ejecución de jornadas de limpiezas
- Reuniones mensuales en cada puesto de salud
- Mantenimiento de control más sistemático sobre la situación de salud en la comunidad gracias a los reportes comunitarios de los ACS.
- Realización de ferias de salud de forma trimestral en cada comunidad.
- Dotación de equipos de telefonía móvil para los Col Vol. de las comunidades para reportar casos de emergencia.

IOV2.R2. Al finalizar el proyecto, las redes institucional y comunitaria de Rosita aplican un mecanismo de auditoría social intersectorial en los servicios de salud sexual y reproductiva y salud materno-infantil para determinar las brechas de acceso de la población vulnerable en términos de equidad e interculturalidad bajo el enfoque de derechos.

Con el fin de conocer con más detalle la valoración de los servicios institucionales que brinda el MINSA en SSR, desde el proyecto se desarrolló un proceso de auditoría social de la calidad de atención. Para ello se elaboró y aplicó una encuesta de percepción a usuarios y usuarias sobre la provisión del servicio de SSR en cuanto a efectividad y percepción de la calidad, identificando aquellos aspectos que debían ser corregidos en base a las demandas y necesidades expresadas por este colectivo, promoviendo de esta manera la mejora de la calidad de los mismos.

Se capacitó a un total de 18 líderes y lideresas de 4 sectores (Risco de Oro, Susun, Rosario Kukalaya, Banacruz) en el manejo de la encuesta y su aplicación, y con el acompañamiento del equipo técnico del proyecto se aplicó la encuesta a 45 usuarias y usuarios, que como principales resultados identificaron que el 54% de los usuarios y usuarias encuestados valoran bien la calidad de atención que el personal del MINSA brinda en las unidades de salud, el 13.2% le es indiferente, 32.7% la valoran deficiente, y que con respecto a la expectativa sobre esa atención en SSR, el 95.3% de usuarios encuestados refirieron que las unidades de salud deberían contar con equipamiento, condiciones, personal capacitado, para una mejor atención en SSR.

Los resultados del monitoreo en una segunda aplicación de la encuesta aplicada reflejan un incremento en respuestas positivas sobre la calidad de atención en SSR en los servicios de salud institucionales, así como en otros aspectos de la percepción sobre atención en SSR como la atención a jóvenes y adolescentes, el respeto e incorporación de aspectos culturales y la superación de barreras androcéntricas (Ver IOV5.R1)

IOV3.R2. 20 comités implementan acciones coordinadas con el sistema público de salud para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con equidad de género y pertinencia cultural. Al menos un 40% de sus integrantes son mujeres.

Se desarrollaron acciones de planificación estratégica comunitaria, que incluyeron:

- Un primer encuentro de capacitación multisectorial de planificación con la participación de 94 líderes y lideresas (37 mujeres) tal como se describe a continuación:

Fecha	Comunidad	M	H	Total
09 al 19 sept 2019	Buena Esperanza, Black, Rosita, Okonwas	37	57	94
Total		37	57	94

Durante estos encuentros se discutieron las principales problemáticas y dificultades en salud entre el MINSA y ACS, organización de la red de salud, el SICO, referencia y contra referencias, calidad de atención, saneamiento ambiental, higiene y embarazos en la comunidad.

- Un segundo encuentro con líderes de salud donde se elaboraron 23 planes comunitarios de salud (de 20 esperados), con la participación de un total de 24 personas (8 mujeres y 16 hombres) tal como se describe a continuación:

Fecha	Comunidad	M	H	Total
28 al 30 octubre 2019	Susun, Banacruz, Black	8	16	24
Total		8	16	24

- Un tercer encuentro de taller multisectorial de planificación, donde participaron un total de 68 líderes y lideresas (23 mujeres) sobre análisis de problemática sanitaria y avances en las soluciones, revisión y seguimiento a los planes comunitarios ya elaborados.

Fecha	Tipo comisión	M	H	Total
10 al 12 agosto 2020	Multisectorial	23	45	68
Total		23	45	68

- Nueve encuentros de seguimientos a comunidades participantes del proyecto por parte de la comisión municipal de salud. En estos encuentros participaron 162 personas (66 mujeres) tal como se detalla a continuación:

Fecha	Lugar de reunión	M	H	Total
12 sept 2019	Risco de Oro	9	11	20
06 nov 2019	Banacruz	6	10	16
06 febrero 2020	Banacruz	4	5	9
12 febrero 2020	Risco de Oro	2	4	6
13 octubre 2020	Risco de Oro	8	7	15
15 agosto 2020	Risco de Oro	3	5	8
03 noviembre 2020	Rosita	10	16	26
19 marzo 2021	Risco de Oro	12	18	30
08 mayo 2021	Banacruz y Risco de Oro	12	20	32
Total		66	96	162

Estos encuentros de acompañamiento, tuvieron el objetivo de fortalecer las capacidades comunitarias e institucionales y se realizaron en los sectores de los puestos de salud de las comunidades de Risco de Oro, Banacruz, Susun y Rosario Kukalaya.

Algunos problemas identificados durante estos encuentros incluyeron muertes maternas y plan de contención de las mismas, falta de hojas de referencias en los puestos de salud, retroalimentación de referencias, promoción del plan parto, promoción del registro de las actividades comunitarias,

programación de brigadas especializadas en las comunidades, programación de ultrasonidos en el puesto de salud, llenado de censo gerencial (SICO)

Se pudo verificar que, como producto de estas sesiones de trabajo, se promovieron acciones específicas a favor de la institucionalización de procesos de participación en la determinación de prioridades y toma de decisiones operativas en materia de acciones de salud. El reto ahora es el mantenimiento de estos logros a través del tiempo, lo cual parece posible por el grado de apropiamiento de los diferentes actores de la importancia de estos espacios de coordinación.

IOV4.R2. 30 ACS y 15 parteras del municipio de Rosita acreditadas como orientadoras interculturales en SSRR por el MINSA al finalizar el proyecto (al menos 50% mujeres).

Más arriba en éste documento se ha descrito el alcance del plan de capacitación de los ACS, incluidas las parteras, así como de los contenidos en su desempeño, incluida la productividad de los mismos en acciones de atención en SSR registradas en el SICO.

No se ha podido identificar un documento formal del MINSA que acredite la capacitación de ésta red de Agentes Comunitarios de Salud, pero si se ha obtenido la valoración del equipo de dirección de MINSA local sobre éste aspecto, e indicando que a pesar de que se reconoce la capacidad técnica de los ACS y se autoriza su funcionamiento como agentes en coordinación con MINSA, no corresponde a éste nivel de salud extender una acreditación formal, pero que se está gestionando una forma de obtenerlo desde el nivel regional.

Se estima que la mayor parte de las parteras están activas y contribuyen a la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el municipio en las comunidades de difícil acceso. También es cierto que se ha evidenciado la necesidad del relevo generacional ya que la mayoría de las parteras son de edad avanzada (por ello las parteras recién captas pertenecen a las nuevas comunidades con las que el proyecto se desarrolló)

A modo de detalle, se pudo verificar que se desarrollaron 6 talleres de capacitación con 240 ACS (85 mujeres y 155 hombres) y cuatro talleres de capacitación sobre SSR con 24 parteras (cuatro parteras más que la meta inicial que era de 20).

La temática desarrollada con ACS y parteras se describen a continuación.

ACS	Parteras
<ul style="list-style-type: none"> - Que es salud sexual reproductiva. - Salud sexual reproductiva y salud comunitaria. - Roll de los ACS como promotores de educación en el tema de Salud Sexual Reproductiva. - Que son los Derechos Sexuales Reproductivos - Planificación familiar/ - Prevención del embarazo precoz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Roll de las parteras en la promoción de salud en la comunidad. - Que es salud sexual reproductiva. - Salud sexual reproductiva y salud comunitaria. - Roll de la partera como promotora de educación en el tema de Salud Sexual Reproductiva. - Lactancia materna - Planificación familiar - Estrategia plan parto - Signos de alarma en las embarazadas.

IOV5.R2 Al finalizar el proyecto, 20 comunidades de Rosita alimentan el sistema de información con datos contrastados para la planificación y acción en salud SSRR y Salud Infantil a través del sistema de información Comunitario (SICO).

La normativa 102 del MINSA sobre el sistema de información comunitaria (SICO), está conformado por cinco instrumentos, los cuales son utilizados por los agentes comunitarios con el propósito de reportar de manera sistemática las principales actividades que realizan en sus comunidades, con el apoyo del Equipo de Salud, Familia y comunidad (ESAF). Estos instrumentos incluyen: boleta de referencia y contra referencia, registro diario de actividades comunitarias, registro mensual de actividades comunitarias, cronológico de actividades comunitarias, censo de riesgo de salud, mapa de riesgo.

En el marco del proyecto, para la extensión y consolidación del SICO, se realizaron cinco talleres de capacitación (226 participantes, 96 mujeres) y seis encuentros de seguimiento a la implementación del SICO (217 participantes, 117 mujeres). El detalle de estos encuentros se detalla a continuación.

Fecha	Tipo de encuentro	M	H	Total
20 septiembre 2019	Capacitación SICO	13	24	37
21 septiembre 2019	Capacitación SICO	7	6	13
08 y 09 octubre 2020	Capacitación SICO	19	28	47
16 abril 2021	Capacitación SICO	23	29	52
10 al 12 febrero 2021	Capacitación SICO	34	43	77
Subtotal capacitación		96	130	226
27 noviembre 2019	Seguimiento SICO	6	8	14
19 noviembre 2019	Seguimiento SICO	9	11	20
17 octubre 2020	Seguimiento SICO	23	8	31
22 agosto 2020	Seguimiento SICO	12	15	27
01 agosto 2020	Seguimiento SICO	25	30	55
22 al 24 marzo 2021	Seguimiento SICO	42	28	79
Subtotal seguimiento		117	100	217
Total		213	230	443

Durante los mismos, se abordó la normativa 102, se practicó el llenado de los formatos de registro SICO por los agentes comunitarios y se fortalecieron las capacidades de los líderes en el manejo de la normativa, análisis y llenados de la matriz de SICO.

Los ACS han considerado que:

- Las hojas del SICO son importantes porque permiten reportar todas las actividades comunitarias que hacen las redes comunitarias, para que otras instancias conozcan el trabajo de éstas.
- El SICO es importante porque así se mantiene al tanto al MINSA y a otros organismos como AMC sobre el trabajo de la red comunitaria.
- A veces por la dificultad de la distancia no se entrega el SICO mensualmente.
- Las referencias son importantes porque las personas que lo necesitan reciben atención.

Algunos resultados de la productividad de los ACS con la implementación del SICO durante la ejecución del proyecto se describen a continuación:

Actividad	Cantidad	Actividad	Cantidad
Consultas atendidas por ACS	8,253	Puérperas atendidas	58
Atención a embarazadas	726	Control a mujeres con MAC	3,854
Partos atendidos	6	VPCD atendido por ACS	2,864
casos de fiebre	250	Casos de neumonía	26
casos de diarrea	102	enfermedades del adulto	182
otros casos atendidos	185	Encuentros comunitario	16
Jornadas limpieza	20	Charlas grupales	25
Consejerías	1,304	Referencias realizadas	245 (232 mujeres)

Además, se logró verificar la entrega de 10 juegos de láminas SICO con su libreta a líderes de 10 comunidades, entre las cuales figuran: Buenos Aires 1, San Antonio de Banacruz, Black, Rosario Kukulaya, San Antonio de Okonwas, Buena Aventura, Cortezal, Sector Minero 1, San Ramón y Paraíso.

IOV6.R2. Implementados desde las comunidades mecanismos de coordinación para la identificación y atención de casos de riesgo en salud materno-infantil, evidenciado en el aumento de al menos un 60% de las referencias desde las comunidades.

Se logró identificar la realización de siete encuentros de seguimiento al Sistema de Referencia y contra referencia en el cual participaron 102 personas (46 mujeres, 56 hombres). Los objetivos de este taller incluyeron:

- Monitoreo del trabajo realizado por los ACS capacitados
- Enriquecer los conocimientos en la estrategia comunitaria para la entrega de métodos anticonceptivos (ECMAC) para evitar embarazos precoces.
- Reforzar el llenado correcto de los formatos SICO por los ACS.
- Evaluar el funcionamiento del comité de salud local en cada comunidad

Fecha	Comunidades	M	H	Total
03 septiembre 2019	Bocana San Agustín	6	9	15
04 septiembre 2019	Banacruz	8	6	14
05 septiembre 2019	Okonwas	6	7	13
14 noviembre 2019	Banacruz	5	4	9
09 noviembre 2019	Risco de Oro	6	3	9
08 noviembre 2019	Okonwas	2	7	9
13-14 agosto 2020	Risco de Oro - Banacruz	23	20	33
Total		46	56	102

Como resultado se ha identificado que gracias al funcionamiento de este sistema se ha logrado mayor interacción e identificación de factores de riesgo de complicaciones obstétricas en las comunidades intervenidas. De acuerdo a la opinión de los actores clave entrevistados, las referencias hacia las unidades de salud de mayor resolución ha sido oportuna, lo que contribuye a disminuir la morbilidad materna y perinatal.

Se ha identificado en los verificadores técnicos e informe de ejecución de proyecto 245 referencias realizadas por los ACS, de las cuales 232 fueron mujeres referidas para atención en las unidades de salud.

No se logró conseguir acceso a la documentación oficial de traslados de mujeres embarazadas en Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Estos datos dependen principalmente de los registros MINSA y suele ser bastante difícil su obtención por diferentes razones.

Las acciones ejecutadas y verificadas durante la evaluación indican que el logro del resultado 2 fue **eficaz y eficiente** (según el tiempo establecido de proyecto y con los recursos disponibles), ya que se alcanzaron las metas previstas en las diferentes actividades. Se logró movilizar a los actores locales principales en función de su capacitación para brindar apoyo técnico y gerencial a las comunidades en la elaboración de planes de salud comunitarios y su seguimiento, el monitoreo de

los avances en la atención en SSR y la implementación del MASI, así como en la puesta en funcionamiento efectivo y utilización de datos producidos por el SICO.

Estos datos, junto con la información cuantitativa verificada, y las valoraciones cualitativas obtenidas por entrevistas a titulares clave de la ejecución del resultado 2, son el sustento que permite calificar el alcance del resultado esperado 2 como **viable** por el involucramiento y apropiación institucional y comunitario, y **pertinente** porque responde a una de los problemas prioritarios que originó la formulación del proyecto. Esta valoración de la pertinencia se basa tanto en el análisis de la formulación, la efectividad y eficacia en su ejecución, el alcance verificado en las metas e indicadores, pero también en la valoración de los contactos clave de la intervención ejecutada, de cuyas opiniones sobre la pertinencia y otros criterios de evaluación se presenta resumen a continuación:

Valoraciones cualitativas de contactos clave sobre el resultado 2

(Entrevistas a agentes comunitarios, miembros de comités comunitarios y beneficiarios finales)

Los ACS: "estuvimos en todas las actividades del proyecto de una u otra forma, también fuimos beneficiarios directos en alguna actividad"

"En los 2 años que se estuvo trabajando se realizaron entregas de filtros de cerámica, entregas de afiches, camisetas, recibimos asesoría sobre SSR acompañado con el MINSA, talleres, ... uno de los aspectos principales es ir desarrollando los conocimientos básicos que a veces hay en el terreno o en las zonas más vulnerables y esto nos ayudó bastante, recibimos mucha información sobre salud sexual reproductiva es decir a grandes rasgos, por otro lado la salud en general, el medio ambiente, la sensibilización a la población, las limpiezas en las escuelas, las comunidades, centros de reuniones, las iglesias, se recibieron medios de limpieza para trabajar con la comunidad, nos ayudaron bastante y nosotros pusimos de nuestra parte con las población en las comunidades"

"A medida que ha venido pasado el tiempo hemos venido desarrollando conocimientos, trabajando con los jóvenes y también hubiera (hubo) jornadas deportivas entre las comunidades, y eso nos ayudó a tener un acercamiento con jóvenes de todas las comunidades"

"También se ha coordinado para cuidar nuestro medio ambiente en nuestras comunidades, evitar la deforestación masiva y seguimos luchando. Pensamos que nos ha servido bastante el programa de AMC, la lucha por coordinarnos mejor con el MINSA"

"Se ha educado a la gente en el rango de las posibilidades y la red comunitaria siempre está activa con las parteras, líderes, brigadista, COL-VOL, todos ellos en una sola sintonía por el bien de nuestras comunidades"

"No siempre se trabaja al 100 % en estos programas, pero hacemos lo posible, pero la red comunitaria, AMC, MISA estamos bien cohesionados y organizados, ya que el MINSA tiene interés en ayudarnos, pero no logran hacer cobertura a como lo hicieron con el apoyo de AMC en este proyecto"

1.5. Evaluación del Resultado No. 3

El Resultado 3 era “Se han desarrollado las capacidades colectivas de titulares de derecho para garantizar el acceso al agua, higiene y saneamiento ambiental sostenible en 20 comunidades del Municipio de Rosita”

Para evaluar el resultado 3 se tomó como referencia el cumplimiento de los indicadores específicos de acuerdo a los criterios de eficacia, eficiencia, pertinencia y sostenibilidad. En cuanto a la eficacia medida por el alcance de los indicadores formulados, el resultado se muestra en la tabla siguiente:

No.	Indicador	Línea de base	Esperado	Ejecutado	Cumplimiento
1	IOV1.R3 Al menos 400 familias vulnerables en 20 comunidades de Rosita mejoran su acceso domiciliario al agua potable y su capacidad para tratar y conservar su calidad durante la ejecución del proyecto.	S/D	400	120* (a través de pozos) 600 (a través de filtros)	100 %
2	IOV2.R3 300 familias vulnerables en 8 comunidades participantes mejoran su acceso a agua potable con la habilitación de 12 pozos comunales	0	300	120*	40%
3	IOV3.R3 Garantizadas las necesidades de cloro y su distribución para el tratamiento de agua de consumo domiciliario en 20 comunidades del Municipio de Rosita.	0	20	20	100 %
4	IOV4.R3 600 familias mejoran la calidad del agua de consumo domiciliario con la dotación y utilización de filtros cerámicos para el tratamiento del agua de consumo.	0	600	600	100 %
5	IOV5.R3 CAPS y ACS de 20 comunidades mejoran sus condiciones de saneamiento ambiental con acciones periódicas de higiene y saneamiento ambiental y promoción de hábitos saludables contempladas en sus planes de promoción del derecho a la salud al finalizar el proyecto	0	20	18	90 %

** Se asume que en promedio un pozo comunitario brinda acceso a 7 – 10 familias en zona rural, según la concentración o dispersión de las casas en las comunidades.*

El resultado No. 3 se alcanzó de manera **eficaz y eficiente** y lograron el impacto esperado por las siguientes razones:

IOV1.R3 Al menos 400 familias vulnerables en 20 comunidades de Rosita mejoran su acceso domiciliario al agua potable y su capacidad para tratar y conservar su calidad durante la ejecución del proyecto.

IOV2.R3 300 familias vulnerables en 8 comunidades participantes mejoran su acceso a agua potable con la habilitación de 12 pozos comunales

IOV3.R3 Garantizadas las necesidades de cloro y su distribución para el tratamiento de agua de consumo domiciliar en 20 comunidades del Municipio de Rosita.

IOV4.R3 600 familias mejoran la calidad del agua de consumo domiciliar con la dotación y utilización de filtros cerámicos para el tratamiento del agua de consumo.

Estos cuatro indicadores informan desde diferentes acciones el alcance del proyecto para garantizar el acceso al agua, higiene y saneamiento ambiental sostenible en las 20 comunidades de intervención.

Se ha identificado una serie de acciones para la mejora del acceso domiciliar a agua segura, así como para la garantía de la calidad de las misma y capacitación sobre aspectos del cuidado del agua para consumo humano.

En relación a éste plan de agua segura se ha verificado y cuantificado la ejecución de las siguientes actividades, así como de sus alcances en términos de beneficiarios/as directos, a como sigue:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">– Construcción de 12 pozos comunitarios de agua potable, que extienden cobertura física de agua a 120 familias de las comunidades de intervención.– Distribución de 600 filtros domiciliarios de agua (método FILTRON, de cerámica) a igual número de familias.– Distribución de cloro a las poblaciones más vulnerables de las 20 comunidades beneficiando a 754 familias.– Realización de 5 encuentros con beneficiarios directos de las infraestructuras higiénico sanitarias y población en general para planificación y educación sobre agua segura en 9 comunidades con la participación de 333 personas (69 mujeres).– Legalización ante ENACAL del funcionamiento de 3 CAPS comunitarios– Habilitación de un espacio en el MINSA para el funcionamiento del equipo DIPCEL para producción de cloro.– Campaña promocional y educativa masiva y dirigida para promover la importancia de la conservación del agua y sus fuentes, así como de las buenas prácticas de higiene y saneamiento. |
|---|

Respecto a la construcción de pozos, se lograron construir los 12 pozos que estaban previstos para el abastecimiento de agua segura en 20 comunidades. Estos pozos se ubicaron en las comunidades de San Antonio de Okonwas, Black, Rosario Kukalaya, Paraíso, Sector Minero 1, San Ramón, San Antonio de Banacruz, Buenos Aires 1, y Buenos Aires 2.

Se asume que en promedio un pozo comunitario brinda acceso a 7 – 10 familias en zona rural, debido a la distancia entre las casas en las comunidades. Asumiendo el margen más alto (10 familias/pozo), el alcance de los 12 pozos construidos es de 120 familias beneficiadas.

Adicionalmente a la construcción de los 12 pozos, se verificó la realización de un estudio de la calidad del agua de 16 pozos realizado por la Universidad Nacional de Ingeniería en coordinación con el MINSA y CAPS. Estos pozos analizados están ubicados en las comunidades de Rosario Kukulaya, Black, Sector Minero1, Paraíso, San Antonio de Okonwas, San Ramón, San Antonio de Banacruz, Buenos Aires 1, Buenos Aires 2. Además 4 pozos dentro del casco urbano de Rosita.

Los ensayos realizados fueron: potencial de hidrogeno (Ph), alcalinidad (mg/l CaCO3), dureza total (mg/l CaCO3), coliformes totales, coliformes fecales. Los resultados fueron satisfactorios para cada uno de los parámetros analizados, lo cual da cuenta de la buena calidad del agua de consumo humano en los sitios analizados.

El proceso de mejorar el acceso a agua segura, también contó con acciones de tipo educativo con beneficiarios directos y con población en general. Para ello se realizaron encuentros orientados a abordar los cuidados básicos para el uso del agua de consumo humano. Participaron 620 personas (322 mujeres). Un detalle estos encuentros se muestra a continuación.

Fecha	Tipo de encuentro	M	H	Total
26 y 27 octubre 2020	Encuentro de planificación con la campaña agua segura (16 comunidades participantes)	108	65	173
03 y 04 octubre 2019	Charla educativa y de seguimiento con integrantes de los CAPS y población en general (San Ramón, Buena Esperanza)	25	25	50
21 y 22 septiembre 2020	Charla educativa y de seguimiento con integrantes de los CAPS y población en general (San Ramón, Buena Esperanza)	21	29	50
24 octubre 2020	Charla educativa y de seguimiento con integrantes de los CAPS y población en general (Risco de Oro)	13	37	50
13 octubre 2020	Encuentro con beneficiarios directos de las IHS (Black)	52	48	100
23 al 25 septiembre 2020	Encuentro con beneficiarios directos de las IHS (Black, Buena Esperanza, Okonwas, Banacruz)	45	35	80
20 al 24 abril 2021	Encuentro con beneficiarios directos de las IHS (Black, Buena Esperanza 2, Okonwas, Banacruz)	58	59	117
Total		322	298	620

Producto de estos encuentros se ha estimado que:

- Se ha fortalecido la coordinación entre Ministerio de Salud, Acción Médica Cristiana y otros actores en la articulación de acciones.

- Se ha motivado a la comisión de salud para ser parte del proceso de planificación de agua segura.
- Se han generado conocimientos sobre el manejo del agua de consumo para el bienestar de su salud en las comunidades.
- Aumento de las personas involucradas en las comunidades en las mejoras de la calidad del agua.
- Ha aumentado la consciencia de la población sobre la importancia del agua y buen manejo.

Adicional a estas charlas educativas, se logró documentar la realización de 3 jornadas comunitarias de limpieza entre 2019 y 2021. Las comunidades donde se desarrollaron estas jornadas incluyeron a Sector Minero, Black, Kukalaya, Cortezal, Banacruz, Buena Esperanza, San Ramón y Okonwas. En las tres jornadas participaron globalmente 220 personas, 103 mujeres.

Se pudo verificar además la realización de una campaña educativa basada en la transmisión de mensajes radiales, distribución de camisetas con mensajes educativos y elaboración de rótulos educativos con mensajes sobre infraestructura higiénico sanitaria, tal como se describe a continuación:

- Elaboración y transmisión de 4 viñetas radiales en una radio local de Rosita (lunes a viernes). Las viñetas incluían mensajes sobre agua segura, higiene en el hogar, higiene personal e higiene del ambiente.
- Elaboración y distribución entre los ACS de las 20 comunidades participantes del proyecto de 375 camisetas con mensajes educativos sobre higiene del agua.
- Elaboración y colocación de 4 rótulos con mensajes educativos en puntos estratégicos de los puestos de salud de Banacruz, Risco de Oro, Rosario de Kukalaya y San Agustín.

Respecto a las acciones realizadas para garantizar las necesidades de cloro y su distribución para el tratamiento de agua de consumo domiciliar, se lograron verificar la instalación, en coordinación con el MINSA, de un sistema de elaboración de cloro DIPCEL en el municipio de Rosita.

Aunque durante la presente evaluación no se logró obtener evidencia de la cantidad de cloro producida mediante el sistema DIPCEL, a partir de la revisión documental y las entrevistas de campo, se estima que se logrado garantizar la distribución de cloro a la población de 20 comunidades, beneficiando a 800 familias vulnerables.

Se logró tener acceso a un detalle parcial de entrega de cloro a junio 2021, el cual se presenta a continuación:

Puesto de entrega	Litros entregados	Comunidades beneficiadas
Puesto de Salud Susun	700	23
Puesto de salud Risco de Oro	500	26
Puesto de salud Las Breñas	300	9
Puesto de salud Wasakin	100	5
Casco Urbano Rosita	1,550	18
Total	3,150 litros	81

Respecto a la entrega de filtros de cerámica FILTRON, se tuvo acceso a las actas de entrega por cada comunidad lográndose constatar la entrega de 600 filtros. En la tabla siguiente, se detalla el proceso de entrega por fechas y lugar de entrega.

Fecha	Comunidades de entrega
02 marzo 2020	Rosario Kukalaya, El Black, Sector minero 1 y 2
03 marzo 2020	San José de Banacruz, Sombrero, Buenos Aires 1 y 2, San Antonio de Banacruz
04 marzo 2020	San Ramón, Buena esperanza 2, Buena esperanza 1 y El paraíso.
05 marzo 2020	Samaria Kukalaya, San José de Kukalaya y San Antonio de Okonwas.
06 marzo 2020	Buena ventura, Cortezal, San Pedro Kukalaya y Unawasito.

Se espera que las personas beneficiadas con estos filtros mejoren las condiciones insalubres de las aguas de consumo humano, lo cual, a juicio de las personas entrevistadas, debe contribuir a disminuir las enfermedades diarreicas y las parasitosis.

IOV5.R3 CAPS y ACS de 20 comunidades mejoran sus condiciones de saneamiento ambiental con acciones periódicas de higiene y saneamiento ambiental y promoción de hábitos saludables contempladas en sus planes de promoción del derecho a la salud al finalizar el proyecto

Se verificó que se han conformado comités comunitarios en función de la gestión y educación de los temas de agua potable y saneamiento, aprovechando la estructura ya conformada de comité de salud comunitario, los cuales están conformados en las 20 comunidades, aunque no existe un registro formal como CAPS en la alcaldía local, porque aún no son comités recaudatorios de servicios de agua o saneamiento.

Se encontró evidencia de un encuentro de conformación de CAPS en el mes de febrero del 2020 en las comunidades de El Rosario Kukalaya, San Antonio de Banacruz y El Black. Durante estas reuniones de conformación, participaron 70 personas (43 mujeres y 27 hombres)

Durante los encuentros se abordó la importancia de la conformación de los CAPS en la comunidad y ya que se contó con la presencia de una representante de la alcaldía municipal de Rosita, se

aprovechó para presentar los reglamentos establecidos por el municipio para este tipo de organización comunitaria.

Los miembros de los 20 comités comunitarios con funciones de CAPS (Comités de Agua Potable y Saneamiento) de las comunidades participantes del proyecto han coordinado una serie de acciones tanto educativas como de higiene ambiental y del agua que deben impactar positivamente en las condiciones de salud de las personas y del ambiente.

Las acciones ejecutadas y verificadas durante la evaluación indican que el logro del resultado 3 fue **eficaz y eficiente**, en tanto se alcanzaron las metas previstas en las diferentes actividades, con los recursos disponibles y formulados. Se logró movilizar a los actores locales institucionales y comunitarios en función de la gestión del agua segura y el saneamiento ambiental.

Estos datos, junto con la información cuantitativa verificada, y las valoraciones cualitativas obtenidas por entrevistas a titulares clave de la ejecución del resultado 3, son el sustento que permite calificar el alcance del mismo como viable por el involucramiento y apropiación institucional y comunitario, y pertinente porque ha respondido a los problemas identificados que originaron la formulación del proyecto.

Conclusiones y enseñanzas obtenidas

Los indicadores alcanzados, así como la valoración de los mecanismos y esfuerzos para obtenerlos permiten valorar el alcance de los objetivos y resultados como eficaz y eficiente, y la definición y ejecución de la estrategia del proyecto resulta pertinente y sostenible en tanto respondieron a la problemática identificada y al contexto de ejecución, pero también lograron instalar mecanismos para garantizar su continuidad al terminar la intervención.

La revisión documental realizada, la revisión de verificadores de las actividades realizadas y lo recopilado en las entrevistas a los diferentes actores involucrados, permite concluir lo siguiente:

- Se ha logrado el objetivo de *“Promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva y el saneamiento ambiental mediante el empoderamiento de titulares de derecho y el fortalecimiento de su capacidad de articulación de estrategias incluyentes y equitativas con el sistema sanitario público del municipio de Rosita.”*. Esto se sustenta por el grado de cumplimiento alcanzado en el desarrollo de las actividades en los tres componentes previstos en el proyecto verificadas durante el proceso evaluativo, y lo expresado por los/as contactos clave entrevistados/as en los diferentes niveles, entidades participantes, tanto como titulares de obligación, de responsabilidad y de derecho. En particular se ha encontrado evidencia de:
 - Una reducción en el porcentaje de embarazo de adolescentes de 5.7% respecto de la LdB, y de 15% respecto de la media nacional. Los factores más importantes que influenciarían la reducción incluyen al aumento en la disponibilidad de información y métodos de planificación familiar en las unidades del MINSA y en red comunitaria (ECMAT), así como por el acercamiento del servicio de SSR a comunidades alejadas por las jornadas integrales de salud.
 - Un incremento del 24 % en la cobertura de atención en salud general, de grupos de mujeres y menores de 5 años en particular.
 - Una reducción de la incidencia de enfermedades hídricas de acuerdo a datos publicados por el MINSA en su Boletín Epidemiológico. Además de acuerdo a lo expresado por contactos clave del proyecto, ACS y los delegados/as del MINSA mantienen que hay una reducción en la tasa de enfermedades de transmisión hídrica (diarreas, parasitosis, hepatitis A) en el área de ejecución del proyecto.

- Realización de acciones coordinadas para la extensión de cobertura de los servicios las cuales fueron gestionadas por un comité multisectorial conformado por 15 delegados de entidades institucionales y de sociedad civil (54% mujeres)
 - Capacitación en gestión comunitaria de la SSR a 125 agentes comunitarios (48% mujeres).
- La evidencia tanto documental y de consulta a diferentes actores involucrados respalda que:
 - Se han logrado fortalecer la red institucional y la red comunitaria en el municipio de Rosita, lo cual permite mejorar la cobertura, calidad, pertinencia y equidad de su atención en SSR, agua y saneamiento ambiental.
 - Se ha mejorado el acceso y calidad del agua, y las condiciones de higiene y saneamiento ambiental en las 20 comunidades de intervención a través de la mejora de fuentes de agua, distribución de filtros y métodos de purificación, jornadas de limpieza, y el desarrollo de acciones educativas sobre el agua y la salud ambiental.
 - Se ha mejorado la organización local multisectorial en función de la gestión de la SSR, el agua y saneamiento ambiental, con participación de las principales entidades estatales y comunitarias de cada territorio participante.
- Respecto a la ejecución del proyecto, los principales hallazgos han sido:
 - No se afectaron importantemente los tiempos de ejecución del proyecto. Aunque la Pandemia retrasó el desarrollo de acciones durante la primera y segunda ola de contagios, éste tiempo fue recuperado en el último semestre de ejecución de 2021. También se tuvo que trabajar en el marco del aumento de riesgo sanitario por la COVID 19.
 - Algunos miembros del equipo de terreno en Rosita y colaboradores comentaron haber sido alcanzados por el contagio COVID 19, debiendo ponerse en cuarentena durante dos semanas o más. No relacionan el contagio con el desarrollo de las acciones del proyecto, y de hecho las autoridades sanitarias y municipales no implementaron medida alguna para restringir las aglomeraciones, promover el distanciamiento, ni promover el uso de la mascarilla o lavado de manos en el municipio.
 - El presupuesto tuvo una ejecución razonable de acuerdo a lo previsto, sin tener que realizar ajustes significativos entre rubros.

- Las coordinaciones entre el nivel ejecutor, los actores territoriales y Farmamundi han sido apropiados y no presentaron inconvenientes que hayan dificultado la implementación de las actividades. De hecho, una de las fortalezas identificadas durante el proceso de entrevistas a actores locales, fue la coordinación entre las estructuras institucionales locales y los actores comunitarios.

Recomendaciones

Las acciones ejecutadas por el proyecto fueron ejecutadas de manera eficaz en el alcance de objetivos y resultados esperados. A partir del análisis de la efectividad y eficiencia de la realización de las mismas es de utilidad identificar los aspectos que podrían mejorar la futura implementación de una propuesta similar. Algunos de los aspectos que podrían ser útiles y que se desprenden de ésta evaluación incluyen:

1. Valorar propuestas de financiación de nuevas intervenciones en línea con los problemas atendidos en el presente proyecto. Si bien es cierto se impactó positivamente en estos problemas, está claro que al ser estos problemas producto de muchos años de carencias, una intervención de corta duración no será suficiente para resolver la problemática de forma completa. De hecho, durante la entrevista a los diferentes actores, éstos destacaron sobre lo importante que fue para las comunidades este proyecto, pero también la persistencia aun de problemas que, ampliando la cobertura en otros proyectos similares, beneficiarían aún más a la población.
2. En futuras financiaciones es necesario negociar de previo un compromiso serio con los diferentes actores en cuanto al acceso a la información generada durante la intervención o como producto de la misma. Esto es particularmente importante con el Ministerio de Salud y otras entidades del estado, ya que con mucha frecuencia existe poca anuencia a transparentar datos de productividad tanto institucional como de la red comunitaria. Esto dificulta mucho lograr una evaluación más objetiva que evidencie de mejor forma los alcances de la intervención financiada.
3. Garantizar que la documentación relacionada con la ejecución del proyecto, en particular las fuentes de verificación estén disponibles en tiempo y organizadas. Este aspecto ha sido quizás una de las limitantes más importantes durante el proceso de evaluación. Aunque si se pudo

tener acceso a la información, ésta estaba de manera muy desorganizada y en ocasiones incompleta, lo que ha significado un trabajo adicional de organización de la información que no correspondería a la evaluación sino a los ejecutores técnicos del proyecto. Una posible explicación a esto, puede ser que la evaluación ha coincidido con un hecho clave en la contraparte local (Acción Médica Cristiana), quien enfrentó la cancelación de su personería jurídica por el gobierno, lo cual obligó a cerrarla y generó un ambiente estresante a sus funcionarios.

4. Aunque si se tuvo buena coordinación con las instituciones del estado durante la ejecución de las actividades, es necesario mejorar el nivel de compromiso que adquieren estas para la continuidad de las acciones. Se logró identificar algunos vacíos importantes respecto a esto. Por ejemplo, en la acreditación de los ACS y parteras, a pesar de reconocer su trabajo a nivel local, no existe aún en el MINSA una iniciativa clara para su certificación, dejando al nivel burocrático central esta función. En consecuencia, la certificación de este personal sigue siendo un tema pendiente. Otro ejemplo lo constituyen las acciones de mejora de acceso a agua de calidad, las cuales deberían contar con una interacción más decidida desde las instancias de gobierno (muchos de los comités de agua potable no tienen ningún reconocimiento estatal y las actividades de mantenimiento y seguimiento de pozos y otras fuentes de agua no están plenamente aseguradas.