

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

Evaluación final del “Programa para el desarrollo de políticas y estrategias inclusivas de recuperación basadas en la cohesión social, promoviendo la coordinación interregional entre instituciones y sociedad civil para la respuesta y reactivación de los servicios públicos esenciales afectados por la crisis sanitaria COVID19 en los sectores de población más vulnerable de los Dptos. De Huancavelica y Junín (Perú)”

Expediente N°: SOLPCD/2021/0085

Consultora Principal: Miriam Santiviáñez Salazar

Consultor Adjunto: Diego Marín Huerta

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento sintetiza la esencia de los hallazgos de la evaluación final del " Programa para el desarrollo de políticas y estrategias inclusivas de recuperación basadas en la cohesión social, promoviendo la coordinación interregional entre instituciones y sociedad civil para la respuesta y reactivación de los servicios públicos esenciales afectados por la crisis sanitaria COVID19 en los sectores de población más vulnerable de los Dptos. De Huancavelica y Junín (Perú)", denominada en adelante (Programa Kuska), su diseño buscó aportar a la respuesta de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19, en zonas priorizadas de las dos regiones. Se enmarca en el convenio de financiamiento de Cooperación al Desarrollo de la Generalitat Valenciana y su implementación por Farmamundi y la Asociación Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo Andino Amazónico (Descocentro). Estas regiones, altamente vulnerables, se vieron gravemente afectadas por el cierre de servicios esenciales en salud, educación y protección social producto de la pandemia de COVID-19. El programa buscó reactivar estos servicios mediante la coordinación interregional y regional entre instituciones públicas y la sociedad civil, promoviendo un enfoque inclusivo y basado en derechos humanos. La evaluación del Programa Kuska tuvo como objetivo medir el desempeño de la intervención, identificando resultados alcanzados; analizando los procesos de las líneas de intervención puestos en marcha, desde la perspectiva de los principales actores involucrados, siguiendo la línea de coherencia y pertinencia desde el diseño del programa y el aporte de cada uno de ellos. Se aplicó una metodología mixta para medir su desempeño en términos de eficacia, eficiencia, impacto, pertinencia, coherencia y sostenibilidad. Se empleó métodos cualitativos y cuantitativos, a través de entrevistas, grupos focales, talleres y aplicación de encuestas, lo que permitió obtener una visión integral de los resultados del programa según teoría de cambio previsto. En términos números la muestra cuantitativa alcanzó a 202 titulares y la cualitativa a 91 entre ambas regiones de intervención.

Eficacia

Como principal hallazgo se destaca que el programa Kuska a nivel de objetivo específico y sus cinco componentes logro una respuesta apropiada, superando las metas previstas según sus indicadores (ver **anexo 1**). Se encontró una buena valoración en el aporte a la mejora de la implementación de políticas y estrategias de servicios públicos en siete distritos focalizados de las regiones de Huancavelica y Junín; contribuyendo a la reducción de brechas en la capacidad resolutive de servicios esenciales en salud, educación y protección contra la violencia de las mujeres, niñas, niños y adolescentes a través de la estrategia de equipamiento, fortalecimiento de competencias del recurso humano, habilitación de espacios e incidencia política para priorizar en la agenda birregional y regional políticas para fortalecer servicios esenciales que fueron restringidos durante el proceso de la Pandemia COVID-19.

En salud, se logró mejorar servicios esenciales de la "Estrategia Niño/a sano" reduciendo las brechas de deficiencias de equipamiento en cadena de frío y mejora de espacios de estimulación temprana para Crecimiento y Desarrollo y lactarios. En la estrategia de "Salud Materno Neonatal" se habilitó servicios de salud materna con enfoque de pertinencia cultural en la perspectiva de acercar a las mujeres a las casas maternas y el servicio de parto vertical según la elección de las mujeres. Estas intervenciones fueron calificadas como muy buenas y buenas (83.3%) por funcionarios y personal de salud, mejorando condiciones para una atención oportuna, de calidad y acorde a las necesidades de la población. Esta inversión beneficiará a 5,238 niños, niñas y 4,785 mujeres gestantes de la jurisdicción de 14 EESS de primer nivel de atención de las regiones de Junín y Huancavelica.

Además, se fortaleció los conocimientos y destrezas de 110 profesionales de salud en áreas de gestión de salud pública con enfoque intercultural. La mejora de la capacidad resolutive en servicios priorizados de 14 EESS aportó a que se cumpla la política de “Certificación de EESS Amigos de la madre, la niña y el niño” y la aplicación de la “Política nacional de adecuación cultural en el primer nivel de atención”.

En *salud mental*, se abordó la mejora de la capacidad resolutive centrada en cinco Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC), mejorando el equipamiento tecnológico, fortalecimiento del personal para mejorar intervenciones terapéuticas, adecuación cultural y trabajo en redes; además de aplicar un modelo de atención comunitaria involucrando a 176 Agentes Comunales de Salud (ACS), quienes asumen un nuevo rol de identificar posibles casos con riesgo de problemas de salud mental/emocional. La inversión en esta área beneficiará a 6,176 personas circunscritas en la jurisdicción de 5 CSMC de las regiones de Junín y Huancavelica. El desafío es fortalecer la apropiación del trabajo con ACS en salud mental, reconociendo su trabajo y soporte para viabilizar las referencias de ACS.

En *educación*, se fortaleció las habilidades de apoyo socioemocional, en un trabajo articulado con salud mental, beneficiando a 140 adolescentes en situación de vulnerabilidad y en riesgo de no continuar sus estudios; facilitando mejores condiciones en sus entornos familiares con un alcance de 700 integrantes de las familias. A nivel de 16 IIEE se capacitó a un total de 80 docentes del ámbito regional, se equipó y habilitó espacios que aseguren condiciones saludables para la alimentación e higiene de 3,636 escolares como medios de fortalecimiento de la seguridad y salud en instituciones educativas, logrando certificar a estas instituciones como “Escuelas seguras y saludables”. A nivel de padres de familia, se fortaleció sus conocimientos de 2,470 padres de familia, concientizándolos en la importancia de las medidas de seguridad para un retorno seguro a clases y la importancia de la buena crianza como aporte en la mejora del estado emocional de los hijos, en un trabajo conjunto con los docentes y las AMAPAFAS.

En *protección* contra la violencia en mujeres y NNA se ha fortalecido competencias de 80 operadores de las instituciones que tienen responsabilidad de protección en el marco de la Ley de lucha contra la violencia (30364). A partir de ello, se ha aportado a mejorar el trabajo concertado en las instancias de concertación contra la violencia en siete distritos y dos instancias regionales. Una estrategia innovadora para acercar a la comunidad con los servicios de protección contra la violencia de mujeres y NNA fue la conformación de 80 líderes y lideresas orientadoras legales, quienes han iniciado reportes de casos a CSMC; con el desafío de su institucionalización por alguna de las instituciones operadoras de protección contra la violencia. Asimismo, se mejoró servicios de operadores vía equipamiento y habilitación de espacios seguros en CEM, Fiscalía y Comisarias, logrando que la inversión en estos servicios beneficiará a 2,873 mujeres y NNA que demandan atención por situación de violencia en los operadores de protección.

A nivel de *governabilidad*, se canalizó estrategias de incidencia para posicionar la asesoría del programa en la mejora de políticas en gestión de salud desde la elaboración de Planes de Consejos Locales de salud, Plan Multisectorial de Prevención de la Anemia. Se logró asumir el liderazgo en espacios de mesas de trabajo como salud mental y la elaboración de una propuesta de una política de adecuación cultural en salud. A partir del reconocimiento en los espacios regionales, se facilitó su participación y posicionamiento en el nivel del espacio birregional de salud y la Mancomunidad de los Andes que abarca cinco regiones. El desafío es canalizar desde estos espacios el fortalecimiento de políticas locales en las que interviene para capitalizar la implementación de políticas en sus diferentes niveles de salud.

Eficiencia

El programa Kuska mostró un uso adecuado de los recursos asignados, cumpliendo en gran medida con los plazos establecidos. La ejecución presupuestaria fue eficiente asumiendo una inversión de solo S/.118.71 soles por población objetiva en diferentes sectores. El desafío está en valorar en todo el proceso de gestión operativa los mecanismos más viables para optimizar la inversión, el alcance de población y resultados.

Pertinencia

El programa Kuska fue muy pertinente, respondió a las necesidades de brechas de capacidad resolutoria de los servicios públicos y las innovaciones comunitarias también han respondido a la distancia de los servicios con la población vulnerable. A través del programa se contribuyó a viabilizar, en el nivel operativo, ciertas políticas en salud como “Certificación con enfoque intercultural en el primer nivel de atención”, “EESS amigos de la madre, la niña y el niño”; en educación se implementó la política de “Escuelas seguras y saludables” y “Política de convivencia escolar que prioriza la salud emocional en NNA post pandemia COVID-19”. En protección se aportó a viabilizar lineamientos como “La ruta de atención de casos de violencia”, Plan de Acción Conjunta para Prevenir la Violencia contra las Mujeres”. A nivel regional, birregional y mancomunidad, las intervenciones de fortalecimiento se alinearon a las políticas de colaboración intergubernamental, descentralización y participación ciudadana. El desafío está en consolidar los procesos de incidencia en políticas, por los tiempos que lleva a concretarse y que estén en un alineamiento desde los diferentes niveles de gestión en salud, educación y protección.

Coherencia

Se halló una fuerte relación de gran parte de las actividades con los resultados esperados y que suman aportar al objetivo específico, existe desafíos a la hora de delimitar las variables de algunos indicadores.

Sostenibilidad

Se implementaron estrategias de formación para el personal local y se crearon alianzas interinstitucionales iniciando procesos de sostenibilidad técnica que podrán dar continuidad a ciertas actividades innovadoras emprendidas por el programa. A nivel del fortalecimiento de políticas se generó evidencia de que es posible realizar modificaciones en lineamientos institucionales para viabilizar la implementación de políticas a nivel regional o local. A nivel del trabajo con actores sociales como ACS y líderes/lideresas orientadoras legales se ha creado las bases de un modelo de trabajo comunitario articulado. Sin embargo, la sostenibilidad futura dependerá de la capacidad de las instituciones locales para mantener los avances logrados, ello requiere de otras líneas de acción como reto para otras intervenciones.

Recomendaciones

Se recomienda para intervenciones que tienen como propósito mejorar políticas, definir en el objetivo específico las mejoras que se logrará al fortalecer las condiciones o capacidades que viabilizará concretar la implementación de la o las políticas.

En intervenciones vinculadas a implementación de políticas, valorar líneas de acción que parten con identificar brechas a nivel de recursos humano, equipamiento, infraestructura y gestión, para abordar acciones directas a su resolución; es clave el liderazgo en la gestión en los diferentes niveles para viabilizar mejoras en la implementación de políticas.

Las líneas de acción de una programa o proyecto a nivel de fortalecimiento de capacidades del recurso humano deben ser a nivel de gestión y operatividad local, la inversión en infraestructura y equipamiento de servicios debe estar alineado con las políticas priorizadas a nivel del objetivo específico.

La línea de intervención en gestión es importante para desarrollar estrategias que aseguren arreglos institucionales a nivel de normas o lineamientos operativos, eje que depende de las autoridades y funcionarios de los servicios públicos.

La línea de comunicación social debe estar a nivel de difusión y de modificación de cambios de prácticas en la demanda, para hacer sinergia con las mejoras de la oferta de servicios.

Se recomienda desarrollar estrategias para transversalizar los enfoques de género, derechos e interculturalidad en todas las etapas de los proyectos, definiendo estrategias e indicadores claves y aplicando desde la etapa inicial de la implementación.

La gestión debe asegurar estrategias de sensibilización continua y posicionamiento con los aliados en una perspectiva de construir compromiso de los funcionarios en los diferentes niveles de gestión, construyendo las bases para la transferencia gradual de metodologías que aborda el programa.

A nivel de sostenibilidad se debe desarrollar un plan de sostenibilidad que describa estrategias para su implementación desde el inicio del programa o proyecto, para construir procesos de aprendizaje, apropiación y transferencia gradual, que permitan la sostenibilidad por las instancias competentes.

La gestión del programa o proyecto debe asegurar estrategias y herramientas de monitoreo constante en campo, aplicando sondeos que permita identificar las percepciones, apreciaciones y expectativas de los aliados y la población objetivo final, para realizar ajustes en el proceso, que sumen al logro de resultados finales.

INTRODUCCIÓN

La evaluación constituye un instrumento importante que provee información al tomador de decisiones; busca cuantificar el impacto efectivo o negativo de un proyecto o programa, analiza las causas que crearon situaciones desfavorables e indaga sobre los aspectos exitosos, para reproducirlos en proyectos futuros (Sapag y Sapag 1991). En este marco, el *“Programa para el desarrollo de políticas y estrategias inclusivas de recuperación basadas en la cohesión social, promoviendo la coordinación interregional entre instituciones y sociedad civil para la respuesta y reactivación de los servicios públicos esenciales afectados por la crisis sanitaria COVID19 en los sectores de población más vulnerable de las regiones de Huancavelica y Junín, en Perú”*; denominado Programa Kuska, ejecutado por Descocentro y Farmamundi cumple con los elementos necesarios para realizar la evaluación de la intervención innovadora a través de una metodología mixta.

La evaluación tuvo el objetivo de determinar el nivel de desempeño alcanzado en esta intervención, así como validar metodologías y estrategias más viables y lecciones aprendidas para su manejo en otras experiencias aportando al desarrollo social de zonas menos favorecidas y grupos de mujeres, niños, niñas, adolescentes (NNA) más vulnerables socialmente.

Se aplicó un método mixto, desde la línea cualitativa se midió los procesos y resultados según teoría de cambio del Programa, determinando las consecuencias percibidas de la intervención por los actores involucrados como titulares de obligación, de responsabilidad y derecho. Desde el método cuantitativo se midió las metas definidas por cada indicador de objetivo y resultados.

La evaluación se basó en los criterios Comité de Ayuda al Desarrollo de evaluación como Eficacia, Eficiencia, Pertinencia, Coherencia y Sostenibilidad. Aplicó una metodología participativa y se valoró los efectos no previstos generados por la intervención en el espacio institucional de salud, educación, protección contra la violencia de mujeres y Niñas, Niños y Adolescentes y en la articulación entre los diferentes titulares de obligación y de responsabilidad.

I. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Objetivo General

- ❖ Determinar el desempeño de la intervención del Programa, identificando resultados alcanzados; analizando los procesos de las líneas de intervención puestos en marcha, desde la perspectiva de los principales actores involucrados, siguiendo la línea de coherencia y pertinencia desde el diseño del proyecto y el aporte de cada uno de ellos.

Objetivos Específicos:

- ❖ Establecer el nivel de eficacia del Programa, evidenciando resultados esperados según marco lógico del Programa.
- ❖ Determinar la coherencia de los procesos e intervenciones del Programa, para valorar en qué medida respondan de manera efectiva, es decir, si los resultados son coherentes con los indicadores establecidos en el diseño del proyecto y el alcance de cada uno de ellos en el contexto que se desarrollaron.
- ❖ Determinar la pertinencia del Programa, valorando en que se ha abordado las necesidades y los problemas establecidos en el análisis inicial articulado en la fase de diseño, así como el alcance de los efectos positivos en las vidas de los titulares de derechos, que es la población meta en el espacio de las instituciones garantes y las comunidades involucradas.
- ❖ Valorar la vigencia en términos de pertinencia del Programa en general, y específicamente de sus objetivos, en relación con los eventuales cambios en el contexto a nivel país o ámbito regional, provincial o local, y de los sectores públicos clave involucrados como Salud, Educación, Protección, etc. que hayan podido producirse durante la fase de ejecución.
- ❖ Evaluar la pertinencia de las estrategias de intervención empleadas y el grado de integración de los enfoques transversales en la implementación del Programa, específicamente Derechos Humanos, Género e Interculturalidad.
- ❖ Identificar elementos diferenciadores y facilitadores de la intervención que han contribuido en el alcance de los resultados, teniendo en cuenta al ámbito territorial; incluyendo la capacidad institucional en la gestión del Programa.
- ❖ Identificar las estrategias para la sostenibilidad de los resultados y la orientación al impacto.
- ❖ Valorar la participación de las y los titulares (de derecho, obligación y responsabilidad) en la gestión del proyecto y en qué medida la experiencia ha contribuido a fortalecer su compromiso y liderazgo del desarrollo local.
- ❖ Identificar de forma clara y concisa conclusiones, recomendaciones y/o lecciones aprendidas, así como posibles buenas prácticas para los principales titulares implicados que puedan tenerse en cuenta para futuras intervenciones.

II. ALCANCE GEOGRÁFICO

El estudio se circunscribe en el área geográfica de la intervención, que abarca las regiones de Huancavelica y Junín. En la región de Huancavelica se focalizó las provincias de Huancavelica (distritos de Ascensión, Huando y Acoria) y Acobamba (distrito de Acobamba) y en la región Junín, se priorizó las provincias de Jauja (distrito Masma y Masma Chicce) y Huancayo (distritos de El Tambo, Chilca).

Figura 1. Perú: ámbito de intervención Programa



III. METODOLOGÍA

3.1 Marco Evaluativo

La presente evaluación aplicó un abordaje mixto de tipo CUANT+QUAL⁽¹⁾, que permitió centrarse en los alcances cuantitativos de la intervención complementándose y explicando a través del abordaje cualitativo, destacando la participación de agentes titulares de derechos, garantes y de responsabilidad. Además, en todo el proceso de evaluación se midió los criterios de evaluación CAD, las cuales se describen con categorías principales que fueron abordadas en el estudio de cierre del Programa Kuska, ver tabla 1.

Tabla 1: Diseño de variables, indicadores según preguntas de evaluación

Categorías	Técnicas de Análisis
Eficacia: Mide el logro de la meta programada con base en los indicadores del programa previstos en el Marco Lógico	
<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de resultados alcanzados - Identificación de factores facilitadores o restrictivos - Valoración de alcance de metas, actividades, monitoreo y utilidad en función a resultados 	<ul style="list-style-type: none"> - Triangulación según resultados esperados según indicadores del ML - Análisis de alcance / barreras del entorno que afecta a los resultados - Análisis de procesos para conocer como las actividades han aportado a los logros
Eficiencia: Mide el uso adecuado de los recursos para ejecutar un programa	

¹ Morse, Janice & Niehaus, Linda. Mixed Method Design. Principles and procedures. University OF Utah. California. EEUU.

Categorías	Técnicas de Análisis
<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la inversión en función de los logros del Programa - Valoración de que componente es más eficiente en el programa. - Cumplimiento de actividades/tiempo/optimización de recursos - Gestión presupuestaria en tiempo y forma 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis costo/beneficio (Cuanti-cualitativo) - Análisis de rendimiento de intervención según acceso de beneficiarios.
<p>Pertinencia: Mide la capacidad de un programa para responder a la problemática y el contexto basado en la teoría de cambio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Responde la intervención a necesidades de grupo intervenido - Correspondencia de prioridades y estrategias en el diseño y proceso - Aceptabilidad del modelo de intervención en grupo intervenido - Adopción y fidelidad de estrategias de intervención por titulares de obligación 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de relación de necesidades con líneas de intervención, los procesos y resultados. - Análisis de relevancia - Análisis de viabilidad de causa-efecto del proyecto - Análisis inverso de pertinencia de indicadores según resultados - Análisis de alineamiento a políticas que explorará: las políticas, los actores, oportunidades y obstáculos, estrategias e impacto.
<p>Coherencia; Busca comprender la atribución causal del diseño con los hallazgos finales, buscando medir la atribución causal</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Consistencia de lógica de objetivos y resultados - Consistencia entre objetivo/resultados y sus actividades e indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis a la inversa
<p>Impacto: Mide los efectos, tanto positivos como negativos, incluyendo el alcance de las políticas implementadas.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Alcance de la intervención al objetivo del convenio - Valoración de cambios desde el aporte del programa Impacto no esperado - Impactos no esperados 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de grados de influencia - Análisis de viabilidad de valor agregado de la intervención
<p>Sostenibilidad: La posibilidad de que las acciones del programa permanezcan más allá de la culminación del proyecto</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Generación de capacidades para la réplica y sostenibilidad - Asocio o alianzas que aseguren la sostenibilidad - Condiciones para la continuación - Procesos apropiados/alineados a políticas locales - Participación de instituciones locales/organizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de apropiación y viabilidad de las estrategias (Aproximando elementos de la técnica ExpatNet) - Análisis de alineamiento a políticas que explorará: las políticas, los actores, oportunidades y obstáculos, estrategias e impacto.

Categorías	Técnicas de Análisis
<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de protocolos y metodologías en titulares de responsabilidad y obligación. - Cambios de comportamiento en los colectivos meta del Convenio 	

3.2 Diseño Cuantitativo de la Evaluación

La medición se centró en la identificación y cuantificación de los indicadores previstos en el marco lógico cuidando su alineamiento con los criterios de la definición operacional de cada indicador. Se propuso un diseño de *medidas repetidas*, de tipo antes y después (teniendo en cuenta que se cuenta con una línea base) ⁽²⁾. Se cuidó en el análisis la imputación de los resultados, siendo de tipo referencial, teniendo en cuenta que pudo haber otros factores intervinientes en los cambios.

3.2.1 Muestreo

Se aplicó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, siguiendo el mismo tipo de muestreo aplicado en la línea base. Se trabajó con un marco muestral de la población beneficiaria del programa por componentes de intervención, de los cuales se definió inicialmente una muestra a encuestar.

3.2.2 Tamaño de muestra

El tamaño de muestra se estructuró siguiendo el modelo de la línea base, el detalle se presenta en la tabla 2. Cabe precisar que, si bien no se especificó en la LB el número de actores encuestados, se propuso aplicar un cálculo con un nivel de confianza de 90% con un error de 5% y una proporción de cambio esperada del 70% en determinados indicadores previstos en el programa. En el recojo de datos se trabajó con el marco muestral que fue el directorio proporcionado por componente. En el caso del componente 3 para personal de salud mental y el componente 5 para operadores la lista ha sido cubierta en su mayoría (90%), algunos no ubicados por rotación o no se ubicó por llamada telefónica. En el caso de las familias se ha barrido con los líderes y las 140 familias registradas en el directorio del marco muestral, teniendo una alta tasa de no respuesta de las llamadas telefónicas realizadas después de tres veces de intentar las llamadas. Otro elemento, parte la población de autoridades/funcionarios ha rotado, en algunos casos refieren que su participación fue puntual en algún programa de capacitación y a otros no se ubicó según directorio de sus teléfonos (Ver tabla 2).

Tabla 2: Muestral Cuantitativa Aplicada

Objetivo/Resultado	Población Objetivo	Muestra Planificada	Muestra Aplicada
Objetivo Especifico	IOV.4 (50 ACS)	41 ACS	46
Resultado 1.	IOV.R1.1 (50 RRHH Salud).	41 RRHH Salud	30
Resultado 3.	IOV.R3.2 (RRHH Salud en 4 microredes-50 RRHH Salud)	41 RRHH Salud 87 familias	8 31

² Roser Bono Cabré. Diseños cuasi-experimentales y longitudinales. Universidad Barcelona. 2012

	<i>IOV.R3.4 (140 familias)</i>		
Resultado 4.	<i>IOV.R4.2 (50 docentes) IOV.R4.3 y IOV.R4.5 (140 familias)</i>	<i>41 docentes 87 familias</i>	<i>20 31</i>
Resultado 5.	<i>IOV.R5.3 (60 líderes y lideresas) IOV.R5.4 (80 operadores de protección)</i>	<i>48 líderes y lideresas 59 operadores de protección</i>	<i>27 9</i>

3.2.3 Instrumentos

Se aplicó instrumentos utilizados en la LB con ajustes, adecuando las preguntas al nuevo contexto de intervención del programa post pandemia, eliminado parte de preguntas que en el inicio buscaron explorar elementos tipo diagnóstico en algunas líneas de la intervención.

Los instrumentos se automatizarán en plataforma virtual de KOBO para facilitar la captura de datos. Los instrumentos se citan a continuación en la tabla 3.

Tabla 3: Tipos de instrumentos cualitativos

Objetivo/Resultado	Instrumento (Ver anexos 1-12)
Objetivo Especifico	<i>Encuesta a ACS (Ver anexo GuíaEn1-ACS)</i>
Resultado 1.	<i>Encuesta a Personal Salud de DIRESA y Red de Salud (Ver anexo GuíaEnc2-DIRESA-Red Salud) Personal de salud de Microred (Ver anexo GuíaEnc3- EESS-Microred)</i>
Resultado 3.	<i>Encuesta a personal de salud de Salud Mental (Ver anexo GuíaEnc7-SALMEN) Encuesta a padre/madre de familia (Ver anexo GuíaEnc8-PadresFamilia)</i>
Resultado 4.	<i>Encuesta a directores (Ver anexo GuíaEnc9-DirelIEE) Encuesta a docentes (Ver anexo GuíaEnc10-DocentelIEE) Encuesta a padre/madre de familia (Ver anexo GuíaEnc8-PadresFamilia)</i>
Resultado 5.	<i>Encuesta a líderes y lideresas (Ver anexo GuíaEnc11-Lideres) Encuesta a operadores de protección (Ver anexo GuíaEnc12-CEM-Operadores)</i>

3.2.4 Aplicación en campo

Capacitación de equipo campos: Se realizó la capacitación al personal de campo con el objetivo principal prepararlas en la recolección de datos primarios, así como para tener los cuidados de salvaguarda y ética en su trabajo en campo.

Se contó con 2 equipos de encuestadores de campo capacitados, se ha cuidado para el caso de encuestas a nivel de familias parte del personal maneja quechua.

Captura de datos:

Teniendo el marco muestral con datos de contacto se realizó la selección por conveniencia de la muestra según se determinó previamente y se asignó la cuota a cada encuestador por zona de trabajo.

El cumplimiento de la cuota no se ha concretado, entre las razones esta la rotación de personal en salud, educación y protección. En otros casos su participación fue en actividades de capacitación, manifestando un involucramiento puntual; situación que implicó ampliar el tiempo de recojo de datos intentando ubicarlos por medio telefónico.

En el caso de la aplicación presencial se aplicó el consentimiento informado físico, posteriormente se procedió a aplicar los cuestionarios, cuidando la privacidad de los encuestados asignando códigos en las encuestas.

Control de calidad:

El control de calidad de datos se dio en dos etapas:

- → I-Etapa de Control de calidad: En campo bajo el criterio crítico de encuestas, se verificará la calidad de data recopilada por los equipos de encuestadores.
- → II-Etapa de Control de calidad: El administrador de base de datos realizó limpieza de base de datos vía reportes, que permitió el cruce de información para evaluar consistencia de data.

3.2.5 Procesamiento, Análisis e interpretación

Se creó un formato donde se realizó el ingreso de la información de los instrumentos aplicados. Cada uno de los cuestionarios aplicados fue ingresado a un programa de base de datos y luego fue exportado al software STATA.

Posteriormente, se realizó el análisis **descriptivo**. Las variables categóricas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas.

Luego, se analizó a través de **análisis comparativo de para identificar diferencias entre LB y la evaluación** aproximando los cambios a nivel de indicadores con valores de proporciones o números. Este análisis permitió discernir si hubo cambios referenciales entre la LB y la Evaluación Final, debido a que no se aplicó el muestreo aleatorio los resultados son referenciales, teniendo el cuidado de asumir su atribución directa a la intervención del programa.

3.3 Diseño Cualitativo de la Evaluación

Se aplicó un diseño fenomenológico, alineado a los criterios de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) priorizados en esta evaluación. Este diseño facilitó aproximaciones a los procesos, resultados y factores facilitadores y limitantes del programa, permitió conocer las percepciones de los participantes sobre los resultados y el proceso de implementación. Se aplicó una variedad de técnicas cualitativas (entrevistas exploratorias individuales, entrevistas grupales, grupos focales, talleres nominales, además de la revisión documental). Se aplicó los criterios de evaluación detallados en la tabla N° 1.

3.3.1 Muestreo

Se aplicó un muestreo de “propósito” ⁽³⁾, bajo la metodología de muestreo de casos explicatorios (revelatorios), que aporten a los criterios de evaluación.

3.3.2 Tamaño de la muestra

Se aplicó el método de saturación (Bola de Nieve), es decir cuando se identificó que la población abordada en las entrevistas o grupos focales recurrieron en respuestas repetitivas (saturación teórica) ⁽⁴⁾ se dejó de aplicar nuevas entrevistas y a la inversa cuando se vio la necesidad de tener más información se buscó casos adicionales a lo planificado inicialmente, (ver tabla N° 4)

Tabla 4: Muestra cualitativa aplicada

Población objetivo del estudio	Tipo de técnica	Junín		Huancavelica	
		Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado
Consejo Regional de Salud/Mancomunidad	Entrevistas individuales	2	2	2	2
Dirección Regional de Salud (autoridades/ Funcionarios laboratorio/farmacia/cadena frio/ Enf Infecciosas/ Enf No Transmisibles/salud mental)	Entrevistas individuales	5	6	5	6
Red de Salud (4 Redes) (laboratorio/salud mental/cadena frio)	Entrevistas individuales	4	5	4	9
Microred de Salud /EESS	Entrevistas individuales	7	11	8	11
Líderes Comunitarios	Entrevistas individuales/grupales	3	3	3	2
Adolescentes	Grupos Focales	2	1	2	0
Comité de salud mancomunidad/Diresa	Taller Nominal	1	1	1	1
Dirección Regional de Educación	Entrevistas individuales	2	1	2	1
Funcionarios de UGEL	Entrevistas individuales	4	2	4	2
Funcionarios/ Docente (IIEE)	Entrevistas individuales	5	6	6	4
CEM	Entrevistas individuales	2	2	2	1
Operadores de Protección (Fiscalía, Justicia, Policía, DEMUNA)	Entrevistas individuales	2	2	3	3
Líderes de Orientación legal	Entrevistas individuales	0	3	0	2
Representantes de IAL VBG	Entrevistas individuales	2	3	3	2
Equipos técnicos del programa	Entrevistas Individuales	3	4		
TOTAL		44	47	45	44

³ Patton, Michael Quinn, Designing Qualitative Studies, US 2002.

⁴ La saturación se alcanza cuando se considera que una entrevista adicional ya no aporta nada nuevo (Bertaux)

3.3.3 Instrumentos

Se aplicó diez guías de entrevistas exploratorias dirigidas a personal de salud, educación y protección, líderes, equipo de Farmamundi y Descocentro; así como una guía de grupo focal para adolescentes y una guía para talleres nominales.

3.3.4 Procesamiento de datos

El levantamiento de información cualitativa se realizó de manera presencial, en el caso de autoridades y operadores la recopilación de datos fue en algunas ocasiones presencial y en otros casos virtual, realizado por el equipo consultor, con apoyo de un personal de campo. Se contó con el soporte de Descocentro para aspectos de convocatoria. En todo este proceso se aplicó las directrices de ética, cumpliendo con aplicar el consentimiento y asentimiento informado y cuidando la confidencialidad de la información obtenida en las entrevistas. Todas las entrevistas y grupos focales fueron grabadas previa autorización de los entrevistados.

3.3.5 Análisis e interpretación

El análisis cualitativo se realizó a partir de la grabación de las entrevistas grupales e individuales, luego se procedió a la codificación de los textos, parafraseo y organización en base a categorías, siguiendo los siguientes pasos:

- Creación de códigos a priori según dimensiones y criterios de evaluación
- Ordenamiento y clasificación de citas según códigos
- Creación y aplicación de códigos emergentes/in vivo
- Uso del ATLAS.Ti como soporte informático para organizar la información

El análisis de datos primarios vía las entrevistas individuales y grupales fue aplicando el criterio de recurrencias de discursos según categorías identificadas en el levantamiento de información por cada dimensión de la evaluación (que fueron los criterios de evaluación predefinidas en la tabla 1), en el proceso de categorización se utilizó el microanálisis por línea y análisis de contraste de los discursos según dimensiones y categorías de evaluación.

Luego se realizó el contraste cualitativo en función a las dimensiones y categorías de evaluación, teniendo en cuenta el abordaje de significados, patrones de acción e interacción de los diferentes actores y patrones de razonamiento relacionados con los criterios de evaluación, incluyendo las voces de las niñas, niños, padres, líderes comunitarios, operadores de salud, educación, protección y reflexiones del equipo institucional. Finalmente, se trianguló sustentando los datos cuantitativos que permitió comprender los factores facilitadores o restrictivos de los hallazgos.