

Informe de Evaluación Final del Proyecto 17-PR1-0089

Fortalecimiento de Capacidades Institucionales y Comunitarias para el Cumplimiento del Derecho a la Salud de Niñas y Niños Menores de Cinco Años y Mujeres en Edad Fértil del Pueblo K'iche', en el Municipio de Santa Lucía Utatlán, en el Depto. de Sololá (Guatemala), con Enfoque de Derechos y Pertinencia Cultural



Alexandra Praun Osuch

Consultora externa

Guatemala 17 de enero, 2020

Abreviaciones

AC	Alimentación Complementaria
ACS	Actores Comunitarios de Salud
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AINM-C	Atención Integral a la Niñez y la Maternidad Comunitaria
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
CAP	Centro de Atención Permanente
COCODES	Comité Comunitario de Desarrollo
COCOSAN	Comités Comunitarios de Seguridad Alimentaria y Nutricional
COMUDE	Comisión Municipal de Desarrollo
COMUSAN	Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CpD	Comunicación para el Desarrollo
DA	Desnutrición Aguda
DC	Desnutrición Crónica
DMM	Dirección Municipal de la Mujer
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENPDC	Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica
FM	Farmacéuticos Mundi
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINEDUC	Ministerio de Educación
MIS	Modelo Incluyente de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OGAM	Oficina Municipal de Gestión del Ambiente
OSL	Organización Social Local
PCS	Programas Comunitarios de Salud
POA	Plan Operativo Anual
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SESAN	Secretaría Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SSM	Sala Situacional Municipal
TdC	Teoría del Cambio
TdR	Términos de Referencia

Índice

1.	Introducción.....	3
1.1.	Objetivos de la Evaluación.....	3
1.2.	Metodología Empleada en la Evaluación	4
2.	Descripción del Proyecto Objeto de Evaluación	6
2.1.	Área de Intervención del Proyecto	6
2.2.	Población Meta del Proyecto.....	8
2.3.	Lógica de Intervención del Proyecto.....	9
2.4.	Elementos de la Teoría de Cambio del Proyecto	11
3.	Análisis de los Niveles del Proyecto.....	18
3.1.	Actores Participantes en el Proyecto	18
3.2.	Procesos Encaminados al Logro de Resultados	26
3.3.	Modalidad de Gestión del Proyecto.....	36
3.4.	Asignación y Ejecución Presupuestaria	38
3.5.	Seguimiento y Viabilidad.....	38
4.	Resultados según Criterios de Evaluación.....	41
4.1.	Eficacia	41
4.2.	Eficiencia.....	43
4.3.	Pertinencia.....	45
4.4.	Impacto	46
4.5.	Sostenibilidad	47
5.	Teoría del Cambio.....	48
6.	Conclusiones.....	50
7.	Recomendaciones	53

Anexos

1. Introducción

El presente Informe Final cumpliendo con los Términos de Referencia, tiene por objeto mostrar los principales hallazgos y conclusiones del proceso de Evaluación Final del Proyecto 17-PR1-0089 “Fortalecimiento de Capacidades Institucionales y Comunitarias para el Cumplimiento del Derecho a la Salud de Niñas y Niños menores de 5 años y Mujeres en Edad Fértil del pueblo K’iché, en el Municipio de Santa Lucía Utatlán, en el departamento de Sololá (Guatemala), con enfoque de Derechos y Pertinencia Cultural” (en adelante el Proyecto), evaluación realizada por la consultora externa Alexandra Praun Osuch para Farmacéuticos Mundi, llevada a cabo entre mediados de octubre de 2019 y mediados de enero de 2020.

En este informe se recogen en primer lugar los objetivos y características principales de la metodología utilizada en la evaluación, se realiza una caracterización del Proyecto y posteriormente se lleva a cabo un análisis que ofrece un panorama de los principales hallazgos en relación a criterios de evaluación de la Pertinencia, la Eficacia, la Eficiencia, las contribuciones a la generación de cambios y una aproximación en materia de Sostenibilidad. Finalmente, se sintetizan las Conclusiones evaluativas y se plantea algunas opciones de mejora en el apartado de Recomendaciones.

La información de la Evaluación Final Externa se presenta en cuatro secciones:

Descripción del Proyecto – La revisión de documentos generados en la gestión del Proyecto, las entrevistas con los responsables de la gestión y alguna revisión bibliográfica facilitaron los elementos necesarios para describir la lógica de planificación e intervención del Proyecto, describir el área de intervención y plantear el enfoque de la Teoría de Cambio y aplicarlo a la estrategia de intervención - matriz de planificación del Proyecto.

Análisis de la Información Recopilada – La información recopilada y sistematizada durante el trabajo de campo fue analizada a dos niveles: un análisis de los actores participantes en el Proyecto y que participaron en la evaluación y un análisis de los diversos niveles del Proyecto que incluyó su diseño y formulación, la ejecución de los procesos encaminados, la organización para la gestión y el seguimiento del Proyecto.

Resultados de la Evaluación – se evalúa la eficacia, eficiencia, pertinencia, impacto y sostenibilidad del Proyecto, dando respuesta a las preguntas claves presentadas en la Propuesta para la Realización de la Evaluación Final Externa.

Conclusiones y Recomendaciones – parte medular del informe que se espera sirvan para orientar futuras intervenciones orientadas a prevenir y contribuir a reducir la desnutrición infantil.

1.1. Objetivos de la Evaluación

De acuerdo a los TdR la Evaluación se planteó los siguientes objetivos:

1. Medir el logro del objetivo y resultados esperados del Proyecto y analizar los procesos puestos en marcha y las intervenciones llevadas a cabo, desde la perspectiva de los

principales actores involucrados tomando como base las preguntas claves indicadas en el punto 3.2. de estos TdR.

2. Medir el grado en que el Proyecto ha contribuido a abordar 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 colectivos de población meta y las/os participantes previstos, ya sea comunidades o instituciones, según los propósitos del Proyecto.
3. Evaluar la pertinencia de las estrategias de intervención empleadas y el grado de integración de los ejes transversales en la implementación del Proyecto, específicamente Género e Interculturalidad.
4. Identificar las lecciones aprendidas y formular recomendaciones a tener en cuenta en otras intervenciones en el municipio de cobertura del Proyecto

Las principales características del proceso de evaluación son las que se indican a continuación:

- Desde un ámbito temporal se trata de una Evaluación Final, por tanto, de acuerdo al periodo de ejecución la evaluación ha abarcado los años 2018-2019, y más concretamente de marzo 2018 a agosto 2019.
- Desde el punto de vista de su utilidad la evaluación ha tenido carácter sumativo y formativo, dado que valora los procesos puestos en marcha para el logro de los objetivos y resultados, identificando procesos de aprendizaje y estableciendo algunas recomendaciones que puedan ser utilizadas para mejorar futuras intervenciones tanto de Farmamundi como de la socia local ASECSA.
- Desde el punto de vista de la evaluadora se ha tratado de una evaluación externa, aunque el enfoque implementado en el trabajo de campo, y el buen desarrollo de este, ha incorporado una metodología participativa considerando la valoración y aportes de los diferentes actores que han participado.
- La evaluación considera la Teoría de Cambio del Proyecto, que significa explicitar “como se piensa que se efectuará el cambio en el municipio a raíz de las actividades implementadas con apoyo del Proyecto”, de manera causal.

1.2. Metodología Empleada en la Evaluación

Para alcanzar los objetivos de la Evaluación Final Externa se desarrolló una metodología participativa que permitiese escuchar, observar y analizar las experiencias, reflexiones y opiniones de los diferentes actores -Titulares de Obligaciones y Titulares de Responsabilidades- que participaron en el Proyecto, y de miembros de la población meta como Titulares de Derecho, así como evidenciar lo logrado en relación a los objetivos y resultados previstos.

La evaluación se desarrolló en tres fases principales:

Diseño y estudio de gabinete: llevado a cabo entre el 8 de septiembre y el 8 de octubre 2019

Trabajo de campo y sistematización de la información: entre el 14 de octubre y el 2 de diciembre 2019

Análisis e interpretación de la información, elaboración y presentación de informe final: entre el 9 de diciembre 2019 y el 17 de enero 2020.

Las técnicas utilizadas en la fase de trabajo de campo recogidas en el diseño de la evaluación se diseñaron adecuadas a los objetivos propuestos y a los diferentes actores participantes en el Proyecto. El total de instrumentos aplicados fueron treinta y dos (32), principalmente: Entrevistas semiestructuradas, Grupos Focales, Visitas de Observación y Reuniones Grupales, según la siguiente distribución detallada por tipo y actor:

Actores/as	Instrumentos de investigación				Total participantes por actor
	Entrevista individual semi-estructurada	Grupo focal	Visitas de Observación	Reuniones grupales	
1. DISTRITO DE SALUD	1				1
2. CENTRO ATENCION PERMANENTE - SLU	2		1		2
3. CENTRO SALUD PAMEZABAL	2		1		3
4. PERSONAL SALUD TERRITORIO 1		1	2		7
5. ALCALDÍA MUNICIPALIDAD	1				1
6. OFICINA GESTION MUNICIPAL AMBIENTE	1				1
7. SESAN	1				1
8. COMADRONAS		1	5		20
9. MADRES MONITORAS / MADRES DE FAMILIA		1		3	40
10. COCODES / COCOSAN				1	10
11. DIRECCION ASECSA OCC.	2				2
12. COORDINACIÓN PROYECTO	1				1
13. EQUIPO TÉCNICO PROYECTO	3	1			4
14. FARMAMUNDI	2				2
Total instrumentos aplicados	15	4	9	4	95

El cumplimiento de la agenda de trabajo de campo alcanzó aproximadamente un 90% de lo previsto. El total de personas participantes ascendió a 95.

Toda la información recolectada fue transcrita y sistematizada teniendo el cuidado de respetar lo expresado por cada persona participante y lo documentado en las fuentes de verificación. Así mismo, fueron revisados diversos documentos relacionados al Proyecto, permitiendo a la evaluadora conocer, entender e identificar las dinámicas y procesos que generó la intervención que debían ser analizados y evaluados.

Las condiciones para la realización de esta Evaluación Final Externa fueron favorables, en todo momento el personal de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) -socio local y responsable de la ejecución del Proyecto- y los de Farmamundi, brindaron a la evaluadora apoyo logístico para realizar las actividades de campo programadas, facilitaron el acceso a los documentos de interés, tuvieron apertura para reunirse siempre que se les requirió y flexibilidad para adaptarse a imprevistos.

2. Descripción del Proyecto Objeto de Evaluación

El Proyecto “Fortalecimiento de Capacidades Institucionales y Comunitarias para el Cumplimiento del Derecho a la Salud de Niñas y Niños menores de 5 años y Mujeres en Edad Fértil del pueblo K’iche’, en el Municipio de Santa Lucía Utatlán, en el departamento de Sololá (Guatemala), con enfoque de Derechos y Pertinencia Cultural”, cofinanciado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), inició el 1º de marzo 2018 y concluyó el 31 de agosto de 2019, la intervención duró 18 meses.

La formulación del Proyecto se realizó aplicando la metodología participativa e incluyente que Farmamundi ha venido definiendo, validando y consolidando desde el 2001, mediante la sistematización de múltiples procesos de gestión de proyectos que ha realizado en diversas regiones de Guatemala. El diseño y formulación del Proyecto se realizó conjuntamente con el Coordinador de ASECSA Región de Occidente, como organización socia local. En el proceso de formulación participaron funcionarios del Distrito de Salud No. 5 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), de la Municipalidad y de la Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria Nutricional (COMUSAN), todas instituciones públicas del municipio de Santa Lucía Utatlán. En buena medida, el proceso fue inspirado considerando la experiencia acumulada en la ejecución del Convenio entre la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) – Farmamundi – ASECSA, que se inició en 2015 en tres municipios del Departamento de Quetzaltenango y se desarrolló con el enfoque de Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN), que fue evaluado simultáneamente a este Proyecto dejando mucho aprendizaje.

Como área de intervención del Proyecto se seleccionó el municipio de Santa Lucía Utatlán ya que desde hace varios años ASECSA ha estado presente en el municipio acompañando a su Programa Socio “Clínica El Novillero” que brinda atención de salud a las familias de los alrededores. Esto le ha permitido, a ASECSA, conocer muy bien la región de Sololá y establecer lazos de confianza con actores institucionales y colectivos comunitarios. Como antecedente inmediato, Farmamundi y ASECSA llevaron a cabo el “Proyecto para la integralidad en la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas en el municipio de Santa Lucía Utatlán, Departamento de Sololá” entre 2016 y 2017.

2.1. Área de Intervención del Proyecto

El municipio de Santa Lucía Utatlán es uno de los diecinueve municipios del departamento de Sololá. Santa Lucía Utatlán está situado a 25 kilómetros de la cabecera departamental y a 154 kms de la Ciudad de Guatemala. El municipio cuenta con una superficie de 44 kilómetros cuadrados, abarca el 4.15% del territorio departamental y tiene una densidad poblacional de 522 habitantes por km². Sus colindancias son: al norte con Nahualá y Totonicapán; al este con San José Chacayá; al sur con San Marcos la Laguna y Santa Clara la Laguna; al oeste con Santa Catarina Ixtahuacán.

Según datos de la Unidad de Planificación y Programación del MSPAS para 2016, la población de Santa Lucía Utatlán era de 26,944 personas, el 48.63% mujeres y el 51.37% hombres. El 93% de la población vive en el área rural y el 7% en el área urbana del municipio. El 95.56% de la población de Santa Lucía Utatlán se autoidentifica como Maya K’iché, es originaria de Gumarcaaj Utatlán, municipio de El Quiché.

El Proyecto se ejecutó en tres “territorios” del Distrito de Salud No.5 de Santa Lucía Utatlán. En el año 2016, el Modelo Incluyente de Salud (MIS)¹ estableció la división administrativa de la población en “territorios”, cada uno conformado por 3 a 6 sectores de un municipio o Distrito de Salud. Los tres territorios abarcan ocho sectores y 48 comunidades del municipio.

Distribución de las Comunidades donde Intervino el Proyecto por Territorio y Sector de Salud		
Territorios	Sectores	Comunidades
Territorio 1: Santa Lucía Utatlán. (21 comunidades)	Santa Lucía Utatlán - A (6 comunidades)	Santa Lucía Utatlán – cabecera municipal, Barrio 80, Chirej-Cruz, Chulmacha, Pacajá, Tzambolonic
	Chuijmojil - B (11 comunidades)	Chuijmojil, Bella Vista, Chiaj, Choquixcabel, Chuimanzana, La Esperanza, Las Esperanzas, Nicaj-Kim, Tzamjucup, Xepec, Chuilajomché
	Chicajá - C (4 comunidades)	Chicajá, Chocol, Chore, Xejuyupa
Territorio 2: La Ciénaga Grande (11 comunidades)	Ciénaga Grande - A (5 comunidades)	Ciénaga Grande, Campo Verde, Chuilajkaquix, El Novillero, Tzantinamit
	Los Planes de Chuhexic - B (6 comunidades)	Los Planes de Chuhexic, Parraconá, Paxup, Payajut, Xecampual, Xoljuyup
Territorio 3: Pamezabal (16 comunidades)	Pamezabal -A (9 comunidades)	Pamezabal Central, Cruz-Be, Los Manantiales, Pacorral, Pamacha, San Cristóbal Buena Vista, Tierra Linda, Vista Hermosa 97
	Pahaj - B (6 comunidades)	Pahaj, Chuisuc, Los Ángeles, Pachaj, Valle Nuevo, Xolá
	Chulatzam - C (1 comunidad)-	Chulatzam

La población del municipio de Santa Lucía Utatlán es una población de alta vulnerabilidad, el 82.7% de la población vive en situación de pobreza y el 17.3% en pobreza extrema (ENCOVI 2014). Otras características de la población del área de intervención son:

- Difícil accesibilidad geográfica.
- Elevadas tasas de mortalidad materna.
- Elevado índice de embarazos en población adolescente.
- Altas tasas de desnutrición infantil
- Elevado porcentaje de asentamientos marginales y en ubicaciones de alto riesgo.
- Elevado porcentaje de familias monomarentales (de jefatura eminentemente femenina).

Los Servicios de Salud en el área de intervención del Proyecto incluyen un Servicio de Salud de II Nivel y siete Servicios de Salud de I Nivel: 1 Puesto de Salud, 3 Centros Comunitarios de Salud, 2 Centros de Convergencia y 1 Servicio de Atención Inter programática. En el proceso de evaluación no se logró obtener información sobre las similitudes y diferencias entre estos Servicios o establecimientos de salud.

Los tres territorios de intervención fueron priorizados por las autoridades del MSPAS en Santa Lucía, en la medida que se había determinado la urgencia de reforzar el proceso de implementación del MIS en estas áreas, que reciben una numeración y el nombre de sus correspondientes “cabeceras”, actualmente de la manera siguiente: i) Territorio 1: Santa Lucía Utatlán; ii) Territorio 2: Ciénaga Grande y, iii) Territorio 3: Pamezabal.

¹ Modelo Incluyente en Salud (MIS) aprobado por Acuerdo Ministerial el 26/06/16, fue anulado en octubre 2017 y el MSPAS retoma el modelo de salud anterior a julio 2016.

Distribución de los Servicios de Salud en el Área de Intervención del Proyecto			
Sectores	Nivel de Atención en Salud de Salud	Nivel de Atención	No de Comunidades Atendidas
Territorio 1 – Santa Lucía Utatlán – 21 comunidades			
A.Santa Lucía Utatlán	Centro de Atención Permanente – CAP	I y II	6
B.Chujmujil	Centro Comunitario de Salud	I	11
C.Chijcujá	Atención Inter programática	I	4
Territorio 2 - La Ciénaga Grande – 11 comunidades			
A.Ciénaga Grande	Centro de Convergencia en Ciénaga Grande	I	5
B.Los Planes	Centro de Convergencia Los Planes	I	6
Territorio 3 – Pamezabal – 16 comunidades			
A.Pamezabal	Puesto de Salud Pamezabal Central	I	9
B.Pahaj	Centro Comunitario de Salud de Pahaj	I	6
C.Chulatzam	Centro Comunitario de Salud de Chulatzam	I	1

En los sectores Chujmujil y Chicayá no hay un Servicio de Salud que brinde atención intramuros, por lo que se realizan visitas domiciliarias para brindar las consejerías y hacer una vigilancia activa, al identificar casos de riesgo, éstos son referidos al CAP de Santa Lucía. Los otros cinco Servicios de Salud sí brindan atención intra y extra muros. Los Servicios de Salud son atendidos generalmente por dos enfermeras /os auxiliares.

2.2. Población Meta del Proyecto

La población total de los tres (3) territorios del MSPAS en que se focalizó el Proyecto es de 21,355 habitantes y está distribuida de la siguiente manera:

Distribución de la Población por Territorio									
Población Meta	Territorio 1 Santa Lucía Utatlán			Territorio 2 Ciénaga Grande			Territorio 3 Pamezabal		
	M	H	T	M	H	T	M	H	T
0 a < 5 años	149	159	308	261	292	553	336	386	722
5 a 15 años	638	644	1282	680	673	1353	1011	1017	2028
15 a 49 años	3014	1330	4344	1600	1248	2848	2818	1855	4673
49 años y más	567	369	936	502	421	923	758	627	1385
TOTAL	4368	2502	6870	3069	2665	5677	4923	3885	8808

Fuente: Distrito de Salud No.5, 2016.

Los colectivos de población meta del Proyecto son:

- Mujeres en edad fértil (7,432) quienes se benefician de las mejoras en la atención en salud específica por parte de los prestadores de salud, en el rango de edad de 15-49 años y especialmente en los momentos de riesgo reproductivo (embarazo, parto y puerperio) y morbilidad asociada a la falta de hierro (anemia) y desnutrición.

- Niñas (746) y niños (837) quienes se benefician de una menor exposición a enfermedades prevalentes por el conjunto de medidas de prevención promovidas a través de las distintas líneas de acción y una menor propensión a cuadros de desnutrición aguda.
- Hombres en edad fértil (4,433) con quienes se espera avanzar en cambios de comportamiento de corresponsabilidad en las tareas de cuidado.
- Comadronas tradicionales (50) se benefician del refuerzo de capacidades para la atención, principalmente, a mujeres embarazadas, niñas y niños.
- Madres monitoras (48) se benefician de mayores competencias para realizar el acompañamiento entre pares a otras mujeres que son madres.
- Personal del MSPAS (50) del I y II nivel de atención que participan de las capacitaciones y mejoran la calidad de las atenciones y consejerías realizadas a la población meta.
- Integrantes de COMUSAN (25), que se benefician de mayores capacidades para gestionar los recursos hídricos a nivel municipal.
- Integrantes de COCODE, COCOSAN y comités comunitarios de salud (25) que mejoran sus capacidades técnicas y metodológicas para la organización, la incidencia y la promoción de buenas prácticas de SAN en sus comunidades.
- Población sensibilizada acerca de buenas prácticas relativas al agua (2,189). Se espera que la cobertura de la Campaña de Comunicación alcance al menos, al 10% de la población del área de intervención.

En total, 15,835 personas, desglosadas por sexo, edades y perfiles como se ha referido anteriormente, constituyen la población beneficiaria directa de las acciones del Proyecto.

2.3. Lógica de Intervención del Proyecto

El diseño del Proyecto plantea como Objetivo general contribuir a hacer efectivo el derecho humano a la salud, con pertinencia cultural y equidad de género de mujeres, niñas y niños maya Kiché, de Santa Lucia Utatlán.

Específicamente, el Proyecto se enfoca a la mejora de la salud y el estado nutricional de las mujeres embarazadas, niñas y niños Kiché menores de cinco años de tres territorios del municipio.

La lógica de intervención del Proyecto se articula en el desarrollo de procesos que conllevan al logro de tres resultados: los dos primeros, enfocados en el fortalecimiento del nuevo modelo de atención

-Modelo Incluyente en Salud (MIS)- del MSPAS; y el tercero, orientado a las capacidades comunitarias para mejorar las condiciones relativas a agua y saneamiento de la población.

R1. Niñas y niños menores de 5 años reciben atención en salud de calidad, con pertinencia cultural y especializada para la reducción de enfermedades prevalentes en el I y II nivel de atención.

R2. Mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 5 años acceden a recursos del I y II nivel de atención con pertinencia cultural para la prevención de la desnutrición y el tratamiento de situaciones agudas.

R3. Las organizaciones comunitarias cuentan con mayores capacidades para la gestión de los recursos hídricos, el saneamiento y la promoción de la higiene.

Así, el primer resultado engloba las estrategias dirigidas a la reducción de enfermedades prevalentes en la infancia -Objetivo de Desarrollo Intermedio en el Marco de Asociación País (MAP) de la AECID en vigor de Guatemala- a través del desarrollo de un componente de prevención y otros de tratamiento. Para ello, se desarrollan diferentes estrategias:

- Mejorar la infraestructura, el equipamiento y suministro de insumos médicos de los servicios de salud de I y II Nivel más próximos a la población para que puedan brindar una atención más eficiente.
- Fortalecer y actualizar la capacidad del personal de salud y de comadronas tradicionales para la prevención, identificación y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e infecciones respiratorias agudas (IRAS), y para brindar Consejerías sobre estostemas.
- Recuperación de conocimientos ancestrales facilitando la elaboración de huertos de plantas medicinales para su uso por comadronas y terapeutas tradicionales del área en la prevención y tratamiento de las enfermedades comunes.
- Realizar Jornadas Comunitarias para la prevención e identificación temprana de enfermedades prevalentes en la infancia.

El segundo resultado recoge las estrategias enfocadas a la reducción de las situaciones de desnutrición aguda, que, en combinación con estados de desnutrición, inciden directamente en una mayor carga de morbilidad –ya que la condición de desnutrición conlleva un menor aprovechamiento biológico de los nutrientes, pero también reduce la sensación de hambre en niñas y niños, reforzando el círculo de menor ingesta-menor aprovechamiento-mayor gravedad de la carga de morbilidad.

Las estrategias previstas fueron las siguientes:

- Proveer a los servicios de salud, de equipos específicos y medicamentos para mejorar la identificación temprana y el monitoreo de casos de desnutrición aguda y anemia entre mujeres embarazadas y entre niñas y niños, según protocolos vigentes.

- Desarrollar nuevas capacidades entre el personal de salud y comadronas tradicionales para que orienten hacia la mejora de los hábitos nutricionales de las familias.
- Fortalecer la aplicación de nuevas metodologías de comunicación para el desarrollo de Consejerías sobre Lactancia Materna Exclusiva (LME) y sobre Complementación Alimentaria (AC) por parte del personal de salud y de las comadronas tradicionales.
- Realizar Jornadas Comunitarias para promover la buena nutrición de mujeres en edad fértil y de niñas y niños menores de 5 años.

En cuanto al tercero de los resultados, se dirige a fortalecer las capacidades comunitarias en favor de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Partiendo de la consideración que la vulneración de derechos relacionados con la salud y la SAN es motivo de la discriminación –histórica y sistemática- de los pueblos indígenas, se considera relevante aumentar la capacidad de las y los comunitarios para mejorar su organización y su capacidad de incidencia al respecto.

Y concretamente:

- Capacitar a Madres Monitoras sobre el tratamiento y almacenamiento de agua para el consumo humano y la promoción de técnicas correctas para que las familias tengan acceso a agua segura para su consumo.
- Fortalecer las competencias de los miembros de la COMUSAN y de organizaciones comunitarias sobre abastecimiento de agua, saneamiento, higiene y gestión de recursos hídricos.
- Facilitar la realización de Jornadas Comunitarias sobre la mejora de la gestión hídrica, el saneamiento y la higiene.
- Diseñar e Implementar una Campaña de comunicación, en idioma k'iche' y español, sobre buenas prácticas relacionadas con el agua.

2.4. Elementos de la Teoría de Cambio del Proyecto

A partir de la Estrategia del Proyecto y el diseño de los elementos considerados en el marco lógico, la evaluación ha trazado y diagramado la Teoría del Cambio estableciendo los diferentes elementos de la cadena de resultados o cadena de causalidad lógica que genera cambios en los distintos actores (instituciones, comunidades y población meta) y a distintos niveles, de forma tal que un cambio en un nivel influye en un cambio a otro nivel hasta lograr contribuir a la mejora de la salud y estado nutricional de las mujeres embarazadas y niñas y niños menores de 5 años en el municipio.

En la diagramación, las líneas conectoras en la TdC presentan caminos de cambio. Por ejemplo: con las capacidades desarrolladas (Producto) a través de la capacitación (Actividad) realizada por el Proyecto, el personal de salud realiza Consejerías (Uso del Producto) a mujeres / madres, lo que incide en la calidad de la atención en salud materna infantil que brindan los establecimientos de Iy

II Nivel del Distrito N° 5 del MSPAS (Efecto Directo / Resultado), los cuales a su vez han sido mejorados en su infraestructura (Producto), y disponibilidad de equipamientos e insumos (Producto); todo lo cual finalmente incidirá en la mejora de la salud de la población meta (Impacto).

Así, en términos causales y tomando en cuenta procesos sustantivos encaminados por el Proyecto, se establece que:

- Mejorando y fortaleciendo los servicios de atención materna e infantil
- Incrementando los conocimientos y mejorando las capacidades del personal de salud, Comadronas Tradicionales, Madres Monitoras y actores municipales y comunitarios con mandato en SAN
- Informando, comunicando y sensibilizando adecuadamente a las poblaciones de las comunidades sobre la importancia de la adopción de prácticas clave en salud, nutrición e higiene
- Promoviendo el uso de la medicina tradicional maya con base a recursos locales

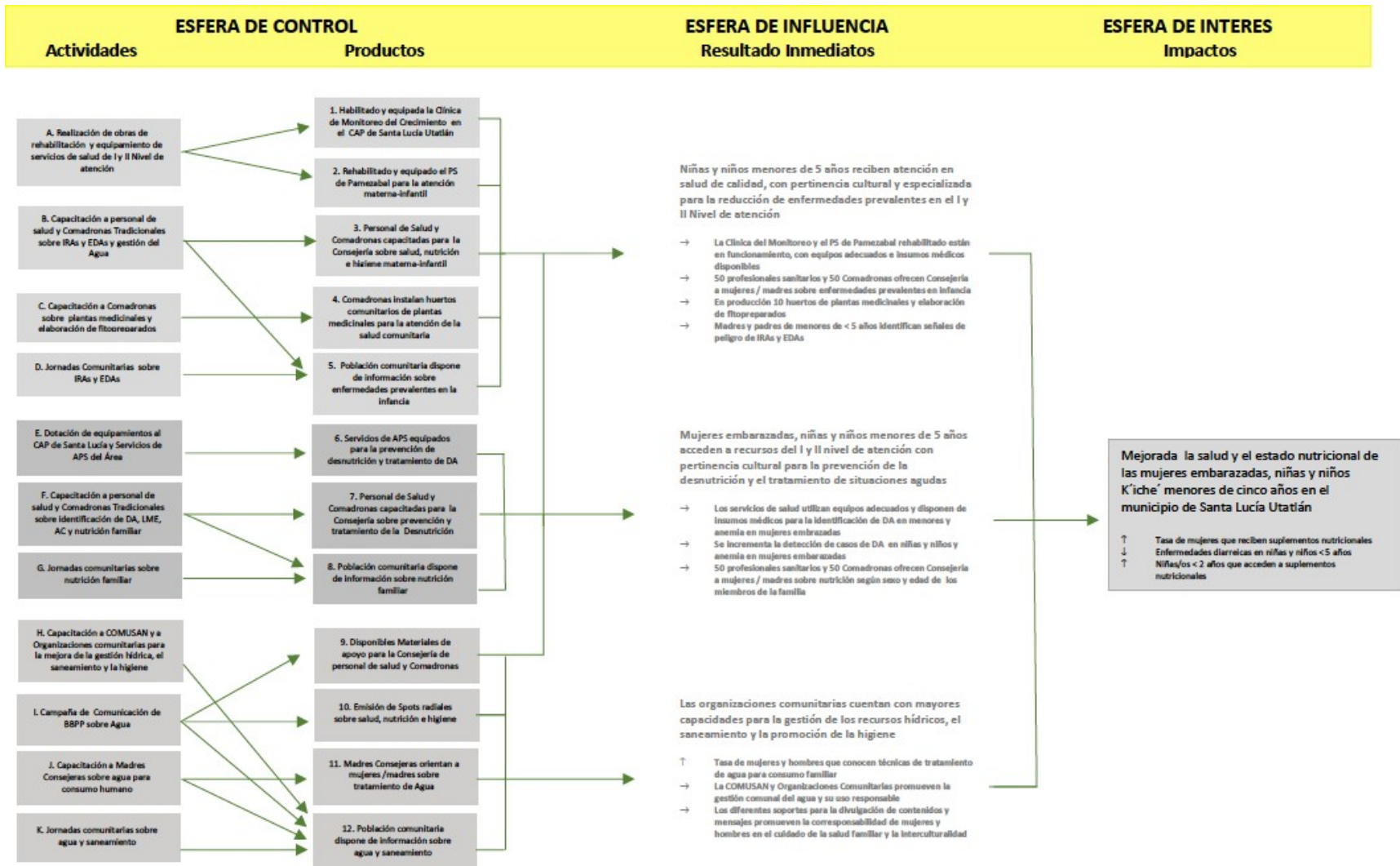
...se estará transitando hacia:

- Las niñas y niños menores de 5 años reciben atención de calidad, con pertinencia cultural y especializada, en los servicios de salud de I y II Nivel y, por tanto, se reducen las enfermedades prevalentes en la zona de intervención
- etc.

Se distinguen tres tipos de niveles o esferas de actuación / incidencia del Proyecto:

- Esfera de control: la combinación de recursos y actividades (lógica operativa) da como resultado una serie de productos que son los bienes y servicios entregados (capacidades, herramientas de apoyo, equipamiento e insumos médicos, etc..) por el Proyecto a los distintos grupos de beneficiarios priorizados.
- Esfera de influencia: la aplicación o utilización prevista de los productos por parte de los actores conllevará la consecución de resultados o efectos inmediatos, esto es, cambios en las prácticas o modos de hacer en las instituciones, estructuras comunitarias y población. En la esfera de influencia se incluyen los actores y procesos que se quieren influenciar mediante actividades/productos.
- Esfera de interés: se encuentra lo que finalmente se quiere lograr y remite a la capacidad de los resultados inmediatos del Proyecto para contribuir al cambio en el estado de desarrollo de la población objetivo.

A continuación, se presenta la diagramación de la TdC del Proyecto:



En la Teoría del Cambio del Proyecto, se consideraron una serie de supuestos que representan las condiciones externas necesarias que deben cumplirse para que la cadena causal establecida en la TdC sea válida:

Respecto al **Objetivo Específico** de *Mejorar la salud y el estado nutricional de las mujeres embarazadas, niñas y niños Kiché menores de cinco años de tres territorios de Santa Lucía Utatlán*

Se establecieron los siguientes supuestos:

- El MSPAS continúa el proceso de implementación del Modelo Incluyente de Salud (MIS) según previsto durante la Formulación (en cuanto a territorialización, recursos y servicios del I y II nivel de atención en el área) en el distrito de Santa Lucía Utatlán.
- El actual marco legislativo en Seguridad Alimentaria y Nutricional se mantiene durante el periodo de ejecución.
- El MSPAS mantiene su compromiso de coordinación de acciones para la mejora de la salud y el estado nutricional de las mujeres, niñas y niños.
- El MSPAS mantiene sus prioridades en el sistema de información vigente y es posible acceder a la información de los indicadores propuestos.
- No se producen desequilibrios sociales, económicos o ambientales que alteren las condiciones de ejecución.

Respecto al **Resultado 1** *Niñas y niños menores de 5 años reciben atención en salud de calidad, con pertinencia cultural y especializada para la reducción de enfermedades prevalentes en el I y II nivel de atención.*

Se establecieron los siguientes supuestos:

- Se mantienen las necesidades de mejora de infraestructuras de salud y las condiciones para su realización, según identificado en la fase del diagnóstico de la propuesta.
- Las condiciones ambientales permiten la realización de las obras previstas.
- No se producen situaciones de ruptura de stocks de medicamentos por períodos superiores a 3 meses.
- El MSPAS mantiene sus prioridades y acuerdos en relación con las capacitaciones del personal de I y II nivel de atención.
- Se mantienen estables las condiciones de acceso a las comunidades y no se producen situaciones de aislamiento durante más de dos meses seguidos.
- Las comadronas organizadas mantienen su compromiso de coordinación con el proyecto.
- Se mantiene la voluntad del MSPAS de introducir la interculturalidad como un eje prioritario del Modelo Incluyente de Salud.
- Las comunidades ceden espacios para la realización de huertos medicinales.

Respecto al **Resultado 2** *Mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 5 años acceden a recursos del I y II nivel de atención con pertinencia cultural para la prevención de la desnutrición y el tratamiento de situaciones agudas*

Se establecieron los siguientes supuestos:

- El MSPAS mantiene sus prioridades y acuerdos en relación con las capacitaciones del personal de I y II nivel de atención.
- Se mantienen estables las condiciones de acceso a las comunidades y no se producen situaciones de aislamiento durante más de dos meses seguidos.
- Las comadronas organizadas mantienen su compromiso de coordinación con el proyecto.
- Se mantiene la voluntad del MSPAS de aumentar la coordinación con comadronas tradicionales y el reconocimiento de sus conocimientos ancestrales.
- Las mujeres confían en los servicios de salud.

Respecto al **Resultado 3** *Las organizaciones comunitarias cuentan con mayores capacidades para la gestión de los recursos hídricos, el saneamiento y la promoción de la higiene*

Se establecieron los siguientes supuestos:

- Los hombres muestran interés por involucrarse en la mejora de las condiciones de salud, higiene y alimentación.
- La SESAN mantiene su priorización de acciones en Sololá y muestra sintonía con los objetivos del proyecto.
- La COMUSAN de Santa Lucía Utatlán mantiene el interés y la voluntad de integrar las capacitaciones previstas en su funcionamiento ordinario.
- Las instancias comunitarias identificadas mantienen su interés por fortalecer su capacidad organizativa y de incidencia.
- Existen mujeres motivadas y disponibles para fungir como madres monitoras.

3. Análisis de los Niveles del Proyecto

Del 14 de octubre al 4 de noviembre del 2019 se realizó el trabajo de campo a través del cual se obtuvo información por parte de los actores que participaron en el Proyecto, información sobre el diseño, ejecución y seguimiento de la intervención. Se realizaron entrevistas, grupos focales, visitas de observación, reunión con autoridades comunitarias, y reuniones con madres de familia de la población meta del Proyecto. También se revisaron las fuentes de verificación definidas en la Matriz del Proyecto. Esta información fue sistematizada, y se incluyó en el Informe del Trabajo de Campo Fase B. En base a esta información se realizó un análisis de los agentes participantes y un análisis de los diversos niveles del Proyecto.

3.1. Actores Participantes en el Proyecto

Desde el enfoque Derechos, los actores participantes en el Proyecto se agrupan en tres categorías: Titulares de Obligaciones, Titulares de Responsabilidades y Titulares de Derecho. En la evaluación participaron funcionarios públicos, líderes/as comunitarias y madres de familia, que representan cada una de estas categorías

Titulares de Obligaciones:

Agentes de instituciones públicas de Guatemala con responsabilidad en el desarrollo de procesos sostenibles que reduzcan la desnutrición y las enfermedades prevalentes entre madres y niñas / niños menores de 5 años y mejoren el acceso de familias y comunidades a agua segura para el consumo y a servicios de saneamiento e higiene. Durante la implementación del Proyecto participaron los siguientes:

- Distrito de Salud No.5 de Santa Lucía Utatlán, MSPAS. Dirección del Distrito N°5. Personal sanitario de Centros y Puestos de Salud.
- Municipalidad de Santa Lucía Utatlán: Alcaldía, Dirección Municipal de la Mujer – DMM, Oficina Municipal de Gestión Municipal – OGAM
- Secretaría Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SESAN: Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional – COMUSAN

Distrito de Salud No.5 de Santa Lucía Utatlán, Sololá – MSPAS

El Distrito de Salud No.5 fue la principal contraparte institucional de ASECSA para el desarrollo del Proyecto.

El Director del Distrito de Salud No.5, durante la ejecución del Proyecto llevaba 1 ½ años ocupando el cargo. No participó en la formulación del Proyecto, pero sí durante la ejecución del mismo. Siempre estuvo disponible para realizar las coordinaciones necesarias y delegar responsabilidades para facilitar el desarrollo de los procesos encaminados.

Durante las entrevistas y el grupo focal realizados con personal del sector salud, los funcionarios del Distrito resaltan algunos problemas que limitan el brindar una atención más eficiente a la población:

- La excesiva burocracia y la falta de coordinación entre los diferentes Programas del Ministerio. Todas las decisiones relacionadas con modificaciones a infraestructura, o el recibo de donaciones de cualquier tipo, deben tener el visto bueno del Nivel Central. El proceso generalmente es muy engorroso y toma mucho tiempo.

- El personal sanitario está muy saturado por las tareas administrativas que deben realizar. Se considera importante diseñar instrumentos de registro, no imponerlos. El Área de Salud dota al Distrito de registros, pero esos no alcanzan. Actualmente el personal no cuenta con suficientes instrumentos de registro, es necesario reproducir los formularios que se requieren. Los responsables de cada Territorio necesitan de instrumentos para dar seguimiento y así poder verificar el cumplimiento de labores del personal de Nivel I.
- Existe una gran rotación del personal directivo y técnico. La política de personal del Ministerio es que cada año se moviliza al personal, lo que implica dedicar tiempo a la adaptación e inestabilidad. No todo el personal cambia, nunca se sabe. Es hacia finales de año que los profesionales saben si les van a renovar el contrato. Los que están presupuestados en la categoría 011 tienen más estabilidad laboral. Los que están con contrato no gozan de prestaciones. Justamente la mayoría del personal que labora en los servicios de salud del Nivel I son los contratados anualmente.
- Cada vez que se produce un cambio de autoridades en el Ministerio ocurre lo que se conoce como “borrón y cuenta nueva”. Los políticos están involucrados en los nombramientos de los funcionarios por coimas o por afiliación política, sin el perfil adecuado y sin mística.

Según el personal entrevistado, el cambio del modelo de salud ocurrido durante el periodo de ejecución del Proyecto no ha sido complicado, más bien, consideran que con el actual hay menos burocracia, es menos complicado que con el MIS.

Explican que la Atención Primaria de Salud (APS) ha mejorado, se cuenta con personal calificado para el Nivel I, son enfermeras /os profesionales y auxiliares de enfermería. En cada Territorio un Asistente Técnico está a cargo de Servicio de Salud que brinda el personal del Nivel I. Así, además del CAP, en el Territorio 1 hay dos Centros Comunitarios del Nivel I en Chujmojil y en Chicayá. En los Sectores C y A no hay servicios de salud que brinden consulta intramuros. En la mayoría de las comunidades se realizan visitas domiciliarias para brindar consejerías y hacer una vigilancia activa, y al identificar casos a riesgo los refieren al CAP de Santa Lucía.

En el marco de lo previsto en el Proyecto, la coordinadora explica la metodología de gestión, negociación y coordinación con el MSPAS. ASECSA aporta y el sistema se compromete.

- Negociación: a) ha ayudado el suministro de medicinas, equipo y remodelaciones, b) al inicio se asumieron compromisos y los han cumplido, c) el personal de salud se adaptó a las actividades promovidas por el Proyecto, d) al final de las capacitaciones se entregaron diplomas.
- Coordinación: a) con los Responsables de Territorios - la programación y convocatoria para las capacitaciones del personal de salud b) con persona responsable de las comadronas – la convocatoria de las Comadronas a las capacitaciones. No se ha dado seguimiento ni acompañamiento al personal de salud ni a las comadronas. Las acciones de seguimiento han sido colectivas. Las Madres Monitoras llevan el monitoreo comunitario.

- Facilitó esas acciones: la coordinación, la planificación, la comunicación, los recursos materiales y equipos entregados, refrigerios, y los facilitadores de los talleres.
- Dificultó esas acciones: la saturación de tareas del personal de salud, las Jornadas de Vacunación, la entrega de informes.

Cabe mencionar que el Distrito de Salud No.5, debido a los cambios de modelos de salud, no ha podido consolidar su sistema de información. En el marco del Proyecto, si bien no estaba previsto inicialmente, ASECSA realizó un censo nutricional entre abril y mayo 2019 de las madres embarazadas, madres lactantes y menores de 5 años de las comunidades de los Territorios 1, 2 y 3 donde incidió el Proyecto. Esta información se ha compartido en las Salas Situacionales Municipales (SSM) para el análisis epidemiológico y la toma de decisiones, constituyendo información de base relevante para las acciones en materia de SAN de mediano plazo, que ASECSA junto a otras organizaciones locales están llevando a cabo en el municipio con el apoyo de AECID y Farmamundi.

Municipalidad de Santa Lucía Utatlán

Alcaldía

La Municipalidad es la rectora de los procesos para lograr el acceso a agua segura, saneamiento e higiene entre las familias. En esos procesos el MSPAS participa en calidad de agente.

La Municipalidad ha impulsado iniciativas para que las familias puedan consumir agua segura:

- Promoción sobre el uso del cloro para purificar el agua, que resulta difícil pues hay un mito cultural en contra de la cloración. Están certificando el agua clorada.
- Desarrollo junto a la COMUSAN de capacitaciones para la cloración del agua, en las escuelas y entre las familias. También promueven el uso de filtros.
- Club Rotario ha facilitado a la Municipalidad una donación para la purificación del agua: Primera etapa - a partir de nov/19 purificar 500 galones diarios de agua, venta del garrafón de agua por Q7.00 – Q4.00 para los gastos de operación, Q3.00 para trabajar en salud, escuelas, etc. Segunda etapa - reducir los costos de operación.

La Municipalidad también ha desarrollado iniciativas para que no se contaminen los ríos y los nacimientos de agua.

- El proveer de agua a familias rurales se está complicando pues el agua de los ríos está escaseando. Antes el agua llegaba por gravedad, ahora se están perforando pozos. Se están haciendo estudios en algunas áreas del municipio.
- COMUSAN ha logrado acuerdos con la Corporación Municipal para bajar el volumen de la basura hacia el vertedero. Actualmente semanalmente se recogen 49qq de desechos reciclables. Aún hay debilidad de la Municipalidad para monitorear los desechos en el mercado de Santa Lucía Utatlán los días de mercado.

- Se emitió el decreto 4718-2019 en contra del uso de plásticos, pajillas, duroport, entre otros, el alcalde explica que se ha logrado bajar su uso entre un 75 a 80%. Se requiere mucha capacitación para lograr cambios de actitudes y disminuir los niveles de contaminación.
- Se ha conformado la Mancomunidad Tz'oljyá entre los municipios de Santa Lucía Utatlán, San José Chacayá, Santa María Visitación y Nahuala – en este espacio también se trata el tema del agua.

Dirección Municipal de la Mujer - DMM

Las actuales responsables de DMM, informaron que habían coordinado con ASECSA entre el 2016 y 2017. En esas fechas proporcionaron los contactos de las líderes de las Comisiones de la Mujer en las comunidades del área del Proyecto. En el marco del proyecto, ASECSA coordinó con la DMM las Jornadas Comunitarias de Nutrición y las Jornadas Médicas; y como miembros de la COMUSAN participaron en la capacitación y estuvieron informadas de los avances del Proyecto.

Oficina Municipal de Gestión del Ambiente – OGAM.

OGAM es miembro de la Comisión Municipal de Desarrollo - COMUDE, participa en la Mesa Técnica sobre el tema Ambiente.

Por parte de la Municipalidad la responsabilidad de proveer de agua segura a las familias rurales, debería corresponder a la Oficina de Agua y Saneamiento de la Municipalidad, sin embargo, esta Oficina ha orientado su trabajo principalmente hacia el casco urbano. Entre el 2004 y 2008 instalaron contadores de agua en todo el casco urbano del municipio, y desde entonces administra el agua municipal y vela por satisfacer las necesidades de acceso al agua de la población urbana de Santa Lucía Utatlán.

En el Plan Operativo Anual (POA) 2018 de la OGAM se incluyeron acciones de Educación Ambiental, que se coordinaron con ASECSA. Estos talleres se desarrollaron con la COMUSAN y con miembros de entre 20 -25 Comités de Agua y con grupos de mujeres de las comunidades. La temática se enfocó hacia la gestión hídrica, mantenimiento de las fuentes de agua, agua segura para el consumo familiar y saneamiento. Otros temas tratados con los comunitarios fueron: conservación de suelos, y manejo de desechos sólidos. ASECSA también coordinó con la OGAM el desarrollo de las Jornadas Comunitarias de Agua y Saneamiento.

Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional - SESAN - municipal de Santa Lucía Utatlán

A nivel municipal de la SESAN el Monitor de la SESAN es la persona responsable de facilitar la coordinación entre las instituciones que tienen responsabilidad en el avance hacia la SAN.

Esta coordinación se realiza a través de la COMUSAN de Santa Lucía Utatlán. En esta Comisión participan representantes de 14 instituciones:

- Instituciones estatales – SESAN, MIDES, MINEDUC, MAGA, CONALFA, MSPAS, y la Municipalidad con 2 representantes.

- Organizaciones No Gubernamentales: Cuerpo de Paz, COBUC, Aso Crecer, UAM, SER, Pies de Occidente, ASECSA, Siembra Internacional.

Realizan anualmente 10 sesiones ordinarias y 3 sesiones extraordinarias. El propósito es unificar y coordinar los esfuerzos que tienden hacia la SAN. Las principales funciones de la COMUSAN son:

- Ordenar las acciones que diversas instancias realizan para prevenir la desnutrición y mejorar la salud.
- Focalizar acciones para evitar la duplicación
- Coordinar las acciones emprendidas
- Conocer las experiencias funcionales que tienen impacto

Para esta coordinación una herramienta importante es la Sala Situacional Municipal -SSM- que permite a las instituciones tener acceso a información sobre la situación de seguridad alimentaria nutricional de las comunidades y su análisis para ejecutar las alertas tempranas. El Monitor explica que, a través de las recientes SSM, septiembre-octubre 2019, se ha evidenciado que los conocimientos que se han divulgado entre los pobladores del municipio, sobre la prevención de las EDAS e IRAS, y sobre la cloración del agua está teniendo efectos positivos. En las últimas Salas Situacionales se ha presentado información que muestra una reducción en la afectación de estas enfermedades

La SESAN municipal y ASECSA, han realizado capacitaciones a los miembros de la COMUSAN sobre la estrategia SAN y sobre abastecimiento de agua, saneamiento, higiene y gestión de recursos hídricos. Sin embargo, la COMUSAN ha tenido mucho recambio de representantes, de forma que muchas de las personas capacitadas por ASECSA han sido movilizados a otros territorios. Por razones políticas los representantes estatales cambian con cierta frecuencia, lo que limita el seguimiento de los acuerdos tomados.

La SESAN municipal para ser más eficiente requiere de equipo audio visual y mobiliario. Las oficinas de SESAN, ubicadas en la planta baja de la Municipalidad están en condiciones poco apropiadas para el trabajo, poca iluminación, malos olores, y bastante desorden por falta de espacio para ubicar materiales e insumos.

Titulares de Responsabilidades:

ONG's y organizaciones comunitarias que tienen un compromiso por mejorar las condiciones de vida de las comunidades. Durante la implementación del Proyecto participaron los siguientes:

- Red de Comadronas Tradicionales
- Madres Monitoras
- Comités de Agua
- COCOSANES
- ASECSA – Organización Socia Local del Proyecto

Red de Comadronas Tradicionales

La Comadronas Tradicionales tienen relación con el Centro de Salud con quienes coordinan la atención de sus pacientes. El CAP de Santa Lucía no les permite a las comadronas entrar con su paciente al hospital, la paciente entra con sus familiares. Sí se le permite a la Comadrona visitar a su paciente mientras esté en el área de encamamiento materno-infantil. Si la comadrona no lleva a tiempo a la paciente, el personal de salud se molesta con ellas. MSPAS exige los listados de partos domiciliarios, si no, no les firman su carnet.

Cuando es parto domiciliario velan a sus pacientes en sus casas hasta que dan a luz. La familia les da pago si atienden el parto en la casa, no les pagan si el parto es en el hospital.

Han recibido algunas capacitaciones del MSPAS, pero no siempre participan, no reciben pasaje ni alimentación. Del MSPAS no han recibido nada, de otros Proyectos y ONG sí han recibido apoyo.

Las Comadronas aman su trabajo, lo consideran un don. Generalmente adquieren conciencia de su don a través de un sueño o durante una enfermedad o situación complicada en su vida. Consideran que la vida moderna puede limitar a mujeres mayas jóvenes a descubrir su misión como comadronas. Las Comadronas mayores apoyan a las jóvenes cuando tienen oportunidad.

Actualmente las Comadronas no son parte de ninguna organización, ni de una Red de Comadronas. Las ha reunido ASECSA en el marco de las actividades previstas en el Proyecto. En sus comunidades tienen alianzas con los COCODES y COCOSANES. Pero generalmente nos las toman en cuenta por ser mujeres.

Hay un Consejo Nacional de Comadronas – NIMALAXIC – organizado a través de Alcaldías Indígenas. ASECSA está facilitando la relación de las Comadronas de Santa Lucía Utatlán con este Consejo.

Actualmente algunas Universidades tienen Escuelas de Partería, las egresadas reciben diploma que les permite optar a trabajo en el MSPAS o en servicios privados.

Funcionarios de ASECSA y Farmamundi - Guatemala comentaron que las Comadronas Tradicionales son claves para que los procesos promovidos sean sostenibles en las comunidades. En los procesos de cambio que implica el empoderamiento de las buenas prácticas para erradicar la desnutrición, el rol de las Comadronas es vital. La confianza, respeto y credibilidad que tienen por parte de madres y padres de familia, su relación con mujeres durante su etapa de embarazo y de post parto, el conocimiento de las tradiciones y cultura de su pueblo son características innatas para contribuir a la prevención de la desnutrición.

Madres Monitoras

En coordinación con la DMM, ASECSA obtuvo información sobre las participantes en las Comisiones de la Mujer de las comunidades del área de intervención del Proyecto. A través de reuniones comunitarias fueron seleccionadas 48 Madres Monitoras, 1 por comunidad, que reunían las siguientes características:

- Residencia en alguna de las comunidades de intervención
- Tener al menos una hija o hijo menor de 5 años
- Reconocimiento y prestigio comunitario

- Disposición y habilidades para promover prácticas que mejoren la calidad de vida
- Competencia lingüística en idioma kiché
- Disponibilidad para emplear tiempo en actividades comunitarias

Las 48 mujeres seleccionadas se comprometieron a participar en cuatro talleres de capacitación y poner en práctica lo aprendido a nivel de su familia y compartirlo con otras mujeres / madres de su comunidad.

Comités de Agua

Los Comités de Agua son parte de los COCODES. Estos Comités apoyan solicitudes individuales de familias. Los miembros de estos Comités son los responsables de detectar las necesidades de las familias y gestionan ante la Municipalidad, también son los responsables del mantenimiento de tanques y nacimientos de agua.

La Municipalidad, con apoyo del Proyecto, ha capacitado a miembros de 20-25 Comités de Agua sobre mantenimiento de las fuentes de agua, gestión hídrica y cloración / purificación del agua.

Comités Comunitarios de Seguridad Alimentaria Nutricional – COCOSAN²

En el Manual “Funcionamiento de la Comisión SAN a Nivel Departamental, Municipal y Comunitario (CODESAN, COMUSAN, COCOSAN), marzo 2019. pp. 24 se explica:

La Comisión Comunitaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional -COCOSAN- es el ente representativo del nivel comunitario, encargado de identificar y analizar la problemática de Inseguridad Alimentaria Nutricional de su comunidad y proponer acciones que contribuyan a mejorar el acceso, la disponibilidad, el aprovechamiento y el consumo de alimentos, que encamine a sus habitantes a gozar de una vida digna. La Comisión Comunitaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional se conforma en el seno del Consejo Comunitario de Desarrollo – COCODE-, contando con el reconocimiento y aprobación de la comunidad, sus integrantes son elegidos en asamblea comunitaria, siendo de carácter permanente, según lo establecido en la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, la Ley de Descentralización, el Código Municipal y la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de lo cual se dejará constancia en el libro de Actas autorizado por el COCODE. El objetivo de la COCOSAN es “facilitar el vínculo entre el nivel comunitario y municipal para contribuir a canalizar los problemas, establecer prioridades y soluciones de SAN, que contribuyan a la reducción de vulnerabilidades de los grupos poblacionales”.

El Monitor de la SESAN coordinó con los COCODES de 11 comunidades de Santa Lucía Utatlán la conformación de COCOSANES con la participación de entre 5 a 11 mujeres lideresas cada uno.

Se realizó, como parte de esta evaluación, una reunión con miembros de COCOSANES de las siguientes comunidades: Chujomil, Tzanhujup; Chichimuch, Coemí, Pahaj, Chumachá.

Los COCOSANES dependen de la SESAN Municipal, quien les brinda capacitaciones mensuales.

Las integrantes fueron elegidas por el COCODES de su comunidad, posteriormente a las visitas realizadas por el Monitor de la SESAN para motivar la conformación de estos Comités. En cada Comité hay una miembro de la Comisión de la Mujer. El compromiso de servicio de cada una de las integrantes es por 2 años, mismo tiempo que por Ley se eligen a los COCODES.

² No fueron contrapartes directas del Proyecto.

En algunas comunidades los COCOSANES logran coordinar actividades con el COCODES. Pero en la mayoría, no es así; cada instancia -COCOSANES conformado por mujeres y COCODES conformado por hombres- trabajan de forma separada, siendo que los COCODES se dedican prioritariamente a proyectos de infraestructura.

Las funciones de cada miembro de la COCOSAN son: velar por la comunidad, llevar la información que reciben durante las capacitaciones a la comunidad, ver las necesidades de la comunidad, prevenir la desnutrición, hacer visitas domiciliarias para identificar casos y referir a los servicios de salud.

Actividades comunitarias que han realizado para reducir las diarreas, las infecciones respiratorias, la anemia y la desnutrición entre mujeres en edad fértil y niñas y niños menores de 5 años:

- Cada COCOSAN ha conformado un grupo de entre 22 a 35 familias, priorizando según su nivel de vulnerabilidad.
- Trabajan con las mujeres, con ellas desarrollan charlas / réplicas sobre: consumo de agua segura – si no puede clorar el agua puede hervirla, lavado adecuado de manos, verduras, frutas, etc., dar alimentación saludable a los niños, no consumir comida chatarra.

Explicaron que durante 2019 empezaron a trabajar con el Monitor de SESAN y participaron en las capacitaciones que desarrolló ASECSA sobre: nutrición, saneamiento de agua, contaminación de basuras, con integrantes de organizaciones comunitarias.³

Explicaron que para que sus funciones en la comunidad sean más eficientes necesitan:

- Apoyo y acompañamiento técnico en sus comunidades.
- Refuerzo a las capacitaciones, visitas del monitor.
- Papelógrafo, marcadores, cinta adhesiva, y materiales sobre los temas de buenas prácticas.

En agosto organizaron, frente a la Municipalidad, el Primer Festival Gastronómico en el cuál los COCOSANES compartieron platillos preparados según recetas propias de sus comunidades. La actividad estuvo bastante concurrida.

Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA)

Es la Organización Social Local del Proyecto. ASECSA es una ONG fundada en 1978 conformada por 28 Programas Comunitarios de Salud (PCS) y por la Red de Promotoras/es de Salud y la Red de Comadronas. Hoy en día ASECSA está conformada por una red de 60 PCS, cuenta con cerca de 2,845 agentes comunitarios de salud, un equipo de 70 técnicos, en 4 sedes regionales y una cobertura de 3,994 comunidades (184,000 familias), en 84 municipios de 18 Departamentos del país. Actualmente ASECSA cuenta con más de 30 proyectos en curso, 15 en el occidente del país, todos relacionados con la mejora de los servicios de salud, la SAN y el acceso a medicamentos.

³ En las planillas de los talleres – fuentes de verificación – que ASECSA realizó con organizaciones comunitarias, no quedó constancia de la organización que representaban ni del cargo de los / las participantes.

La contraparte directa del Proyecto es la Oficina Regional de Occidente de ASECSA. El actual Coordinador de esta Oficina fue el responsable junto a Farmamundi del diseño y formulación del Proyecto.

Para ejecutar el Proyecto, ASECSA constituyó un Equipo Técnico constituido por cuatro personas

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO			
CARGO	NOMBRE	TIEMPO DE LABORAR EN ASECSA	FORMACIÓN ACADÉMICA
Coordinadora	Gladys Leiva	5 años	Trabajadora Social
Técnica de Campo	Aracely Charar	Estuvo trabajando en el Proyecto SAN Generalitat. Hace 18 meses se integró al equipo técnico responsable de este Proyecto.	Maestra de Educación Primaria y estudiante de Trabajo Social
Facilitadora (residente en Santa Lucía Utatlán)	Joselyn Tumax	1 año 7 meses	Enfermera
Facilitadora (residente en El Novillero)	María Jac	1 año 3 meses	Educadora de Educación para el Hogar

El Equipo del Proyecto, además de la coordinadora y las tres técnicas de campo, contó también con un asistente contable.

3.2. Procesos Encaminados al Logro de Resultados

De acuerdo a lo planificado, mediante el conjunto de actividades desarrolladas, el Proyecto encaminó ocho (8) procesos⁴ para alcanzar los resultados previstos:

Proceso 1 - Remozamiento, equipamiento de servicios de salud y entrega de suministros médicos.

Proceso 2 - Capacitación a personal de salud y a comadronas tradicionales sobre: i) identificación temprana, referencia, tratamiento y prevención de enfermedades prevalentes en la infancia; ii) promoción de agua y saneamiento; iii) promoción de LME y AC y mejora de los hábitos nutricionales de las familias y, iv) identificación temprana y atención a casos de desnutrición aguda.

Proceso 3 - Aplicación de metodologías de comunicación durante las Consejerías y las Jornadas Comunitarias llevadas a cabo por el personal de salud y las Comadronas Tradicionales

Proceso 4 - Utilización de recursos locales para la salud familiar.

Proceso 5 - Capacitación a Madres Monitoras sobre tratamiento y almacenamiento de agua para consumo humano.

Proceso 6 - Capacitación a integrantes de COMUSAN y de organizaciones comunitarias sobre abastecimiento de agua segura, saneamiento, higiene y gestión de recursos hídricos.

Proceso 7 - Desarrollo de Jornadas Comunitarias sobre mejora de la gestión hídrica, el saneamiento y la higiene.

Proceso 8 - Desarrollo de una Campaña de Comunicación sobre consumo de agua saludable.

A continuación, se refieren las diferentes actividades llevadas a cabo en relación a cada uno de los Procesos.

⁴ El término proceso refiere a un conjunto de actividades encaminadas a lograr, a mediano o largo plazo, cambios sostenibles.

Proceso 1- Remozamiento, equipamiento de servicios de salud y entrega de suministros médicos

Actividad 1.1. Habilitación y remozamiento de servicios de salud

Las debilidades de la infraestructura de los servicios de salud es una de las primeras limitantes de la cobertura y calidad de la atención prestada por el MSPAS. En este sentido, la carencia de espacio adecuado para el monitoreo del crecimiento y desarrollo de menores de 5 años en el CAP de Santa Lucía Utatlán, servicio de II Nivel, condicionaba la calidad de la atención materna e infantil que brindaba. Por otra parte, la infraestructura del Puesto de Salud de Pamezabal que por años acumuló deterioro debido al abandono del MSPAS hacia los servicios de I Nivel, limitaba las condiciones en la que se prestaba atención a la población.

A partir de las necesidades identificadas en el momento del diseño del Proyecto, se llevaron a cabo las siguientes obras de habilitación y remozamiento de instalaciones.

En el CAP, sede del Distrito de Salud No.5, se habilitó una Clínica de Monitoreo del Crecimiento de niñas y niños. Anteriormente la atención se daba en el pasillo. La nueva Clínica se inauguró el 22 de agosto de 2019, tal como consta en el acta de entrega y afectación levantada por el Proyecto, de acuerdo a la normativa de AECID. La habilitación del espacio destinado a la clínica sufrió un fuerte retraso sobre la planificación inicial debido a que el espacio donde finalmente se ubicó funcionaba como bodega de medicamentos. De esta forma, la decisión del Distrito de construir un nuevo espacio para mantener los medicamentos implicó que el Nivel Central del MSPAS diera los permisos requeridos, proceso que demoró más de un año. Finalmente, las obras se iniciaron en julio 2019 y la Clínica de Monitoreo y Crecimiento se inauguró en agosto, ad puertas de finalizar el Proyecto.

Por otro lado, a partir de las necesidades identificadas inicialmente, se realizó un diagnóstico preciso sobre las principales carencias del Puesto de Salud de Pamezabal (Territorio 3). La obra de rehabilitación acordada concluyó el 22 de noviembre 2018, realizándose las siguientes mejoras:

- Cambio del techo de lámina de toda el área del Puesto de Salud
- Instalación de cisterna y bomba de agua
- Instalación de 4 chapas de puertas sustituyendo las de engranaje
- Arreglo de la chapa de engranaje de las puertas metálicas de la Clínica
- Mejoramiento del portón de entrada
- Remozamiento del Área de Lavado
- Reparación de tuberías de lavamanos del Área de Desinfectado
- Iluminación de la Clínica de Vacunación y la Clínica de Atención Médica
- Canalización de agua en el lavamanos de la Clínica de Pacientes.

Actividad 1.2. Equipamiento de servicios de salud y entrega de suministros médicos

Según las Actas de entrega al Distrito de Salud No.5 esta actividad incluyó:

- Equipamiento de la Clínica de Monitoreo del Crecimiento del CAP así como de los servicios de salud del Nivel I destinados al monitoreo de crecimiento y atención nutricional de niñas y niños menores de 5 años.

- Entrega de mobiliario, equipo médico y suministros varios para el área de partos y encamamiento materno del CAP.
- Entrega de equipo de laboratorio para pruebas de embarazo.
- Entrega de medicinas al Distrito No.5 de MSPAS. La autorización de medicamentos también es un proceso largo, que debe tener el visto bueno del MSPAS del Nivel Central.
- Entrega de equipos y suministros para la salud materna e infantil al Puesto de Salud de Pamezabal.

Los siete servicios de salud del Nivel I en el área de intervención del Proyecto recibieron equipamiento para facilitar la identificación de casos de desnutrición entre menores de 5 años. El Estado provee tallímetros, balanzas y pesas, pero éstos se van deteriorando y han sido reemplazados por lo donado por el Proyecto. Parte del equipo entregado está en uso por el Programa Materno Infantil, otra parte según confirmó en personal de salud quedó en existencias.

Los equipos, suministros y medicinas donados deben ser inventariados. De acuerdo a la norma del MSPAS, se entrega y responsabiliza únicamente al personal fijo que está en planilla. Según las necesidades, ya sea por inexistencia o desperfecto, lo inventariado es entregado bajo la responsabilidad de un funcionario con contrato fijo.

El Personal de Salud del Territorio 1 confirmó que cuentan con equipo para la atención materna, aunque aún faltan balanzas pediátricas. Según su valoración, son muy restringidos los medicamentos que reciben, hay un plan de repartición de los medicamentos recibidos para que alcance a los 3 territorios.

El personal sanitario entrevistado valora la donación y menciona que lo entregado ha mejorado la calidad del servicio que brindan, constatando que la población acude a los servicios solicitando atención con más confianza.

GASTOS EN EL DESARROLLO DEL PROCESO 1	
Rubros de Gasto	Gasto según Informe Contable de ASECSA Q
Mejoras de infraestructura de servicios de salud: CAP de Sta Lucía y PS Pamezabal	162,460.65
PS de Pamezabal – Equipo y mobiliario para la salud infantil	53,845.00
CAP Santa Lucía - Equipo y suministros para atención materno infantil	118, 550.00
Equipo para atención nutricional	97, 210.00
Suministros de laboratorio	9,545.99
Medicinas	169,926.45
Flete	12,000.00
TOTAL	Q 623,539.09
% del total de los fondos del Proyecto	35%

Proceso 2 - Capacitación a personal de salud y a Comadronas Tradicionales alrededor de cuatro (4) bloques temáticos:

Bloque temático 1. Identificación temprana, referencia, tratamiento y prevención de EDAS e IRAS en niñas y niños menores de 5 años.

Bloque temático 2. Promoción de la gestión del agua y saneamiento con enfoque de metodologías participativas y de corresponsabilidad de género.

Bloque temático 3. Promoción de la LME y la AC de niñas y niños menores 2 años y nutrición familiar.

Bloque temático 4. Identificación temprana de casos de desnutrición aguda y atención inmediata según protocolos vigentes.

El Programa de Capacitación se desarrolló de forma gradual entre abril de 2018 y julio de 2019. Atendiendo a las características del personal de salud y de las Comadronas Tradicionales, se organizaron sesiones de capacitación de forma separada y, si bien las temáticas fueron las mismas, las metodologías se adaptaron a cada grupo destinatario. El Programa fue coordinado con personal de salud (coordinador municipal, enfermera profesional y encargado de comadronas del CAP). La convocatoria y selección de participantes para el personal de salud se realizó de forma directa con el Distrito de Salud No.5, mientras que la convocatoria y selección de comadronas se realizó en coordinación con el encargado de comadronas del CAP.

Actividad 2.1. Capacitación del Personal de Salud

- Se llevaron a cabo un total de trece (13) talleres para la capacitación y actualización de miembros del personal de salud del I y II Nivel del Distrito No.5. Según temáticas fueron: dos (2) talleres sobre enfermedades prevalentes en la infancia; cuatro (4) talleres sobre agua y saneamiento; tres (3) talleres sobre LME y AC en menores de 2 años; dos (2) talleres sobre nutrición familiar y, dos (2) talleres sobre identificación y atención de DA.
- Los talleres de dos días de duración, con horario de 8:00 a 16:00 horas, se desarrollaron en el CAP de Santa Lucía Uatlán con la participación de un promedio de 50 personas, siendo aproximadamente 70% de mujeres.
- Las capacitaciones fueron facilitadas por las integrantes del Equipo Técnico del Proyecto, asegurando los contenidos específicos con personas expertas en las diferentes materias.
- Los contenidos se desarrollaron tomando en cuenta el contexto del área de trabajo, los datos estadísticos del MSPAS y las Normas de Atención y Protocolos vigentes de I y II Nivel de atención del MSPAS.
- Las sesiones de capacitación se desarrollaron de manera participativa aplicando dinámicas y técnicas que facilitaron el intercambio de experiencias y conocimientos, así como el trabajo en equipo.
- Para asegurar la aplicación del aprendizaje, las capacitaciones abarcaron nuevas metodologías de comunicación incluyeron contenidos de CpD.
- En todo el proceso se aplicaron los enfoques de género -corresponsabilidad entre hombres y mujeres- e interculturalidad.

Actividad 2.2. Capacitación de Comadronas Tradicionales

- Se realizaron un total de doce (12) talleres para la capacitación y actualización de Comadronas Tradicionales. Según temáticas fueron: dos (2) talleres sobre enfermedades prevalentes en la infancia; cuatro (4) talleres sobre agua y saneamiento; dos (2) talleres sobre LME y AC en menores de 2 años; dos (2) talleres sobre nutrición familiar y, dos (2) talleres sobre identificación y atención de DA.
- Las capacitaciones se desarrollaron en la Clínica del Programa Socio de ASECSA en la aldea El Novillero, Santa Lucía Uatlán.
- Cada taller tuvo una duración de dos días, con horario de 8:00 a 16:00 horas.
- Facilitaron las capacitaciones las integrantes del Equipo Técnico del Proyecto y profesionales expertas en las temáticas.
- Las capacitaciones se desarrollaron en idioma kiché y cuando fue necesario se contó con traducción.
- Las capacitaciones se desarrollaron aplicando dinámicas y técnicas participativas que facilitaron el intercambio de experiencias, la comprensión de los temas, y el compromiso de incorporar la información recibida durante las Consejerías que brindan a sus pacientes.

Gasto en el desarrollo del Proceso 2 = Q 210, 901.00, supone el 12% de los fondos del Proyecto.

Proceso 3 - Aplicación de metodologías de comunicación durante las Consejerías y las Jornadas Comunitarias llevadas a cabo por el personal de salud y las Comadronas Tradicionales

Como parte de la formación técnica incluida en el Plan de Capacitación dirigido al personal de salud y a comadronas tradicionales referido en el proceso anterior, se incluyó la capacitación sobre metodologías de transmisión de los conocimientos para ser aplicados en las Consejerías y Jornadas Comunitarias.

Actividad 3.1. Consejerías brindadas por el Personal de Salud

Las Consejerías las realizan los/las enfermeras auxiliares en el servicio de salud cuando llegan mujeres embarazadas o madres con hijos e hijas menores de 5 años para su control o consulta, es lo que se denomina atención intramuros. Para ampliar la cobertura y la atención a mujeres /madres que viven alejadas del servicio de salud, o que su condición le dificulta la movilización, el personal programa visitas domiciliarias para realizar el seguimiento y monitoreo de los casos de IRAS, EDAS o desnutrición detectados o para realizar la vigilancia nutricional. En estos desplazamientos, se aprovecha para brindar Consejería en los hogares visitados; es lo que en los servicios de salud se denomina atención extra muros.

La evaluación observó dos Consejerías en dos servicios de salud. Durante lo observado se comprobó una buena comunicación entre la enfermera auxiliar y la mujer atendida. La consulta duró entre 15 minutos y ½ hora, realizándose en un ambiente agradable. Se comprobó que el personal sanitario utiliza como apoyo el Manual / Rotafolio que recibieron del Proyecto.

Actividad 3.2. Consejerías brindadas por las Comadronas Tradicionales

Se observaron dos Consejerías. El primer caso era una mujer maya k'iche', el segundo caso fueron dos mujeres ladinas. Las dos comadronas que brindaron la Consejería tienen más de 20 años de brindar su servicio en la comunidad. Las mujeres embarazadas llaman a la comadrona, porque tienen confianza. Las comadronas revisan la posición del bebé y lo acomodan, le dan masajes a la madre para el dolor de cabeza o pies y reciben consejos prácticos a medida que avanza su embarazo. En el servicio de salud solo le hacen el control prenatal y le dan suplementos. Estas visitas las realiza la comadrona cada 15 días o cada mes. Durante la Consejería abordan temas relacionados con el tiempo de embarazo, considerando si las mujeres son o no primerizas. En el primer caso la mujer se encontraba en el octavo mes de embarazo, entre otras cuestiones la comadrona le aconsejó sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria. En el segundo caso ambas madres ladinas estaban en su primer trimestre de embarazo, la comadrona centró su consejería en los malestares durante los primeros meses. Se observó que las comadronas no utilizaron el Manual de Apoyo a las Consejerías que recibieron del Proyecto. No se pudo conocer la razón; no obstante lo limitado a la observación realizada, sería necesario dar seguimiento para verificar si la mayoría lo utilizan o no. Una explicación del por qué no lo usan podría ser porque muchas comadronas son analfabetas o les cuesta leer; a algunas les cuesta comprender bien el idioma español. Habría que verificar qué tan generalizada es esta situación.

Funcionarios de ASECSA y Farmamundi-Guatemala señalaron que las Comadronas Tradicionales son claves para que los procesos encaminados por el Proyecto sean sostenibles en las comunidades. En los procesos de cambio que implica la apropiación de las buenas prácticas para erradicar la desnutrición por parte de la población, el rol de las Comadronas es vital.

Actividad 3.3. Jornadas Comunitarias para la prevención e identificación de enfermedades prevalentes en la infancia

El equipo técnico de ASECSA coordinó estas jornadas con el Distrito de Salud No.5 y la DMM. Además, se contó con la participación de COCODES, comadronas y madres monitoras. En total, se realizaron diez (10) Jornadas en localidades seleccionadas en función del nivel de incidencia de IRAS y EDAS identificado. Cada Jornada duraba un día, con horario entre las 8:00 y 16:00 horas. Participaba un médico quién brindaba consulta y consejería, siendo una mayoría de participantes mujeres (80%). De manera participativa desarrollaron temas sobre IRAS o sobre EDAS; en cuanto a las IRAS, la temática abordada fue: qué son las IRAS, cómo se transmiten, factores de riesgo, signos de alarma en niñas y niños, adolescentes y adultos, tratamiento, formas de prevención. Sobre las EDAS: qué son las EDAS, sus causas, formas de transmisión, signos y síntomas, deshidratación, preparación de suero oral, tratamiento y prevención.

Actividad 3.4. Jornadas Comunitarias para la promoción de la nutrición (diversificación de la alimentación y aumento del consumo calórico-proteico) de las y los miembros del hogar según necesidades específicas

El Proyecto coordinó estas Jornadas con el Distrito de Salud No.5, la DMM, el MAGA y la SESAN Municipal. También participaron comadronas y madres monitoras. En total se realizaron diez (10) Jornadas en comunidades seleccionadas en función del nivel de incidencia de Desnutrición Crónica entre las niñas y niños menores de 5 años. Cada Jornada tuvo una duración de un día, con horario entre las 8:00 y 16:00 horas. Se desarrollaron un conjunto de actividades participativas sobre un

tema central: lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria; alimentación saludable familiar; causas, efectos y signos de la desnutrición; o detección y referencia de casos de desnutrición aguda. Entre los principales logros de las jornadas destacan: la identificación de niños y niñas con desnutrición y referencia al CAP para el tratamiento oportuno; la realización de monitoreo de peso y talla de los menores de 5 años y mujeres embarazadas y, las demostraciones de preparación de recetas de alimentos balanceados.

Gasto en el desarrollo del Proceso 3 = Q 42,068.00, supone el 2% de los fondos del Proyecto.

Proceso 4 - Utilización de recursos locales para la salud familiar

Como parte del Programa de Capacitación dirigido a las Comadronas Tradicionales se desarrollaron dos (2) talleres sobre “uso de plantas medicinales para la salud familiar y preparación de fitopreparados”. El propósito de esta capacitación fue revalorizar el conocimiento ancestral de las y los terapeutas tradicionales mayas -entre los que se encuentran las comadronas-, reforzar el conocimiento sobre las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales y brindar capacitación para la elaboración de medicamentos y remedios naturales con fitopreparados. A partir de los talleres, se seleccionaron a diez Comadronas con interés y compromiso de hacerse cargo del desarrollo de un huerto comunitario de plantas medicinales. Los puntos de ubicación de los huertos se seleccionaron estratégicamente, de forma que el total de comadronas participantes en el Proyecto puedan acceder a las plantas. Con la producción de los huertos se dispone de un total de 33 variedades distintas de plantas medicinales para el tratamiento de afecciones con mayor prevalencia a nivel comunitario, especialmente aquellas relativas a la infancia. Para el desarrollo de este proceso se contó con la asistencia técnica especializada de la entidad Servicios Agropecuarios PARRACANA.

Como parte de la evaluación se visitaron 3 huertos comunitarios. Las comadronas habían iniciado la actividad seis meses atrás. En el momento de realizarse las visitas, los huertos producían un promedio de 10 plantas medicinales que las comadronas utilizan para la prevención y tratamiento de enfermedades entre la población comunitaria. Con las plantas preparan té, pomadas y jarabes. A veces venden a 1Q el manojo de plantas. Tienen secador solar para el secado de las plantas. Durante la capacitación, las comadronas recibieron orientación para la preparación de fitopreparados. Para realizar estas preparaciones el Proyecto les entregó equipo y utensilios; sin embargo, en los huertos visitados aún no se utilizaban estos recursos. Las comadronas transmitieron estar muy satisfechas de tener acceso al huerto, pues ya no tienen que gastar en la compra de plantas medicinales y de contar con equipo y utensilios para preparar los medicamentos y remedios naturales.

Gasto en el desarrollo del Proceso 4 = Q78,285.00, supone el 4% de los fondos del Proyecto.

Proceso 5 - Capacitación a Madres Monitoras sobre salud materna e infantil, promoción de la higiene familiar, agua y saneamiento

El Proyecto había identificado las figuras de las Madres Monitoras en el mapeo inicial de Actores Comunitarios de Salud, sobre la base del trabajo realizado en el municipio por ASECSA con apoyo de Farmamundi años atrás. Para asegurar su participación en el Proyecto, se coordinó con la

Dirección del Distrito de Salud, la delegada de la SESAN, la DMM, comadronas y autoridades comunitarias.

A partir de ahí para reforzar su trabajo activo en las comunidades, se organizaron diferentes actividades de capacitación a un grupo de cuarenta y ocho (48) Madres Monitoras de las comunidades de Santa Lucia Uatlán. Las actividades se concretaron en la realización de nueve (9) talleres de un (1) día de duración en los que se desarrollaron diferentes contenidos y temáticas en relación a: tratamiento y almacenamiento de agua para consumo humano; higiene de manos; acciones efectivas para mejorar la salud materna infantil; Ventana de los Mil Días; agua y saneamiento, etc.

Para facilitar el trabajo de Consejería de las Madres Monitoras, el Proyecto les entregó equipo para realizar medición de peso y talla a niños y niñas menores de 5 años; además, les facilitó el Manual de Apoyo para la Consejería editado, el cual según expresaron es muy útil para su trabajo.

En el proceso, las Madres Monitoras adquirieron el compromiso de replicar lo aprendido entre sus familiares y con otras mujeres de la comunidad. A partir de su trabajo y de las relaciones que mantienen en la comunidad, expresaron con claridad los importantes avances que están logrando en sus comunidades:

- Desarrollo de capacitaciones sobre buenas prácticas de nutrición con mujeres de la comunidad.
- Las mujeres van perdiendo el miedo, se valoran y participan más; la comunidad va tomando en cuenta su opinión
- Las mujeres embarazadas asisten a sus controles prenatales
- Cada vez más madres llevan a sus hijos e hijas a los servicios de salud para toma de peso y talla, recibir suplementos nutricionales, vacunas necesarias y recibir Consejerías.
- Han bajado los casos agudos de IRAS y EDAS y desnutrición.
- Al identificar casos de niños y niñas con signos de peligro los refieren al servicio de salud.
- Mencionan que el tema de la desnutrición ya es aceptable⁵: Hay interés para recibir consejos, llevan a niños y niñas al servicio de salud y exigen algún suplemento.
- Promueven que las parejas utilicen métodos de planificación familiar
- Tienen entre sus objetivos mejorar la higiene personal y familiar
- Sobre el consumo de agua segura, mencionan que la mayoría hierven el agua, algunas compran garrafón, pocas la cloran.
- Han logrado disminuir el consumo de comida chatarra, gaseosas, comida rápida, saborín y sal; por ahora, entre algunas familias.
- Promueven el separar a los animales de los niños y niñas.
- Algunas promueven huertos familiares orgánicos.
- Han logrado que las personas les tengan mucha confianza.

Gastos en el desarrollo del Proceso 5 = Q 47, 880.00, supone el 3% de los fondos del Proyecto.

⁵ La tendencia al abordar el tema es culpabilizar a las madres por el mal cuidado de sus hijos e hijas, lo que provoca rechazo.

Proceso 6 - Capacitación a integrantes de COMUSAN y de organizaciones comunitarias sobre abastecimiento de agua segura, saneamiento, higiene y gestión de recursos hídricos

Este proceso se orientó a fortalecer la capacidad de estructuras de gobierno, tanto municipal como comunitarias, para la administración y gestión del agua potable, los recursos hídricos y el saneamiento ambiental.

Las actividades fueron coordinadas y planificadas con la SESAN y la municipalidad de Santa Lucía Utatlán y con las instancias específicas destinatarias de la capacitación: Consejo Municipal de Seguridad Alimentaria Nutricional (COMUSAN), Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE), Comisiones de Salud y Comisiones de la Mujer de las comunidades del municipio.

Las actividades se concretaron en trece (13) talleres de 1 día de duración, seis (6) dirigidos a la COMUSAN de Santa Lucía Utatlán y siete (7) dirigidos a las organizaciones comunitarias. El promedio de participantes por taller fue de 25 personas, aproximadamente un 45% mujeres.

El desarrollo de los talleres permitió dar a conocer conceptos básicos relacionados con la gobernanza local del agua y promocionar la gestión del recurso hídrico, para su conservación y beneficio de los habitantes.

La evaluación no logró desarrollar el Grupo Focal programado con integrantes de la COMUSAN, pese haberse convocado según lo planificado; al parecer, tuvieron otra reunión y, pese a gestionarlo, no fue posible una reprogramación. En la entrevista realizada, el monitor de la SESAN explicó que, por recambio de funcionarios, ninguno de los actuales integrantes de la COMUSAN había participado en las capacitaciones desarrolladas por el Proyecto.

Tampoco se pudieron llevar a cabo las reuniones con Autoridades y miembros de Organizaciones Comunitarias programadas. La mayoría son hombres que trabajan fuera de casa y su disponibilidad de tiempo es después de las 5:00 pm. Hecho que explica, en parte, su escasa participación en las actividades comunitarias desarrolladas.

Gastos en el desarrollo del Proceso 6 = Q 42, 580.00, supone el 2% de los fondos del Proyecto.

Proceso 7 - Desarrollo de Jornadas Comunitarias, promovidas por organizaciones comunitarias para mejorar la gestión hídrica, el saneamiento y la higiene

El Proyecto coordinó estas Jornadas con la Municipalidad de Santa Lucía, la OGAM, la DMM, SESAN Municipal, COMUSAN y el Distrito de Salud No.5, lográndose realizar un total de diez (10) actividades de un día de duración con horario entre las 8:00 y 16:00 horas, y en las que participaron un promedio entre 25 y 35 personas miembros de organizaciones comunitarias. Los temas desarrollados abarcaron: el agua vital para la vida; rol de organizaciones comunitarias en la gestión del agua; agua segura para el consumo humano; lavado de manos; la contaminación del agua; administración, aprovechamiento y conservación del agua, etc.

Como seguimiento, en las comunidades se desarrollaron acciones para el cuidado de los nacimientos de agua. La OGAM coordinó con ASECSA y la ONG Vivamos Mejor que trabaja en la

zona y cuenta con viveros de plantas nativas. Se inició un proceso de reforestación de las áreas con nacimientos de agua, plantándose árboles nativos que capturan y filtran el agua.

Cuando se realizó la evaluación, Vivamos Mejor se había retirado de la zona y la reforestación se encontraba suspendida. Se desconoce el seguimiento que realiza la COMUSAN.

Gastos en el desarrollo del Proceso 7 = Q 24, 854.00, supone el 1% de los fondos del Proyecto.

Proceso 8 - Desarrollo de una Campaña de Comunicación sobre el consumo de agua segura

Entre noviembre de 2018 y marzo de 2019 se diseñó la Campaña de Comunicación enfocada a la sensibilización y comunicación de Buenas Prácticas alrededor del Agua. El lema de la Campaña fue: "Deja que el agua te dé vida. Cuidala y vivirás mejor mañana". El logo es una gota de agua alrededor de la cual está la imagen de una pareja -ella embarazada- y dos niños y niña pequeños.

La Campaña se planteó como objetivo sensibilizar sobre el derecho al agua a través de prácticas clave para la mejora de la salud y focalizó como público a la población del municipio, la población meta del Proyecto, Autoridades municipales y comunitarias. Las estrategias de comunicación seleccionadas fueron: i) producción de materiales radiofónicos en idioma Kiché y español sobre prácticas clave en relación al uso y manejo del agua para la mejora de la salud, ii) producción de imágenes generadoras (afiches) para abordar prácticas clave y, iii) elaboración y producción de materiales para ser utilizados por el personal sanitario, las comadronas y madres monitoras, como actores claves de salud priorizados por el Proyecto

La elaboración de los materiales radiofónicos y gráficos se llevó a cabo en forma participativa, involucrando a comadronas, personal sanitario, COMUSAN, madres monitoras, entre otras y otros actores comunitarios. La elaboración de materiales en soportes adaptados culturalmente para su uso en las consejerías de los servicios de salud del MSPAS se realizó en coordinación con el personal del MSPAS, en base a necesidades y perfiles de la población.

Los recursos desarrollados por la Campaña fueron: a) tres (3) spots de radio sobre: La diarrea no mata; Plan de los 1000 Días; Protección de nacimientos de agua. b) tres (3) afiches sobre: Prácticas de higiene; Consejos para el cuidado del agua y medio ambiente; Ventana de los 1000 días. c) dos (2) Manuales/ Rotafolios para apoyo a la capacitación y consulta en la práctica: para la Consejería del Personal de Salud, y para la Consejería de Madres Monitoras y Comadronas.

Como se ha mencionado anteriormente, la evaluación pudo constatar el uso de los Manuales durante las visitas de observación de Consejerías realizadas por el personal de salud; sin embargo, en las dos Consejerías realizadas por comadronas éste material no fue utilizado. En el caso de las Madres Monitoras, algunas lo trajeron a la reunión del grupo focal realizado, reconociendo ser de gran utilidad para su trabajo.

Se considera importante conocer el grado de utilización de este recurso, por lo que sería conveniente que ASECSA de seguimiento a su uso, tanto por parte del personal de salud como de las Comadronas Tradicionales y Madres Monitoras.

Cuando se realizó la evaluación, la transmisión de los spots radiales asegurados por el Proyecto ya había finalizado; no obstante una radio de la iglesia católica los estaba transmitiendo. Los Spots de

radio duran en promedio medio minuto cada uno. En la versión en español, en el Spot relacionado con la diarrea cuesta distinguir las voces de la madre y la funcionaria de salud. En la versión kiché, en cambio, si hay una diferenciación de voces.

En cuanto a los afiches producidos, no se alcanzó a ver ninguno en los espacios de los establecimientos de salud que se visitaron, confirmándose que el Distrito de Salud No. 5 fue el responsable de su distribución.

En los materiales impresos -afiches y manuales- la protagonista es la mujer / madres; no aparecen imágenes de hombres / padres, de forma que evidentemente no se cuidó el enfoque de corresponsabilidad en el cuidado de hijas e hijos promovido por el Proyecto. Las imágenes en cambio, sí reflejan pertinencia cultural, básicamente por los trajes utilizados en las imágenes.

Gasto directo para el desarrollo del Proceso 8 = Q 109, 144.00, supone el 6% de los fondos del Proyecto.

3.3. Modalidad de Gestión del Proyecto

La gestión del Proyecto evaluado fue responsabilidad del Equipo Técnico de ASECSA conformado por una Coordinadora, una Técnica de Campo y dos Facilitadoras; todas, con excepción de la coordinadora originarias y residentes en comunidades del municipio de intervención, hecho que facilitó sin duda el desempeño del Proyecto, teniendo en cuenta que las mujeres indígenas -participantes mayoritarias en los procesos encaminados por el Proyecto- tienen un manejo limitado del castellano.

La Coordinadora inició el Proyecto definiendo funciones y contratando a las integrantes del Equipo Técnico.

Funciones del Equipo Técnico a cargo de la gestión del Proyecto⁶
<p><u>Coordinadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y facilitar la ejecución del Proyecto • Asignar responsabilidades a los integrantes del equipo. • Hacer el Plan Operativo Anual (POA) • Establecer las coordinaciones con los agentes participantes.
<p><u>Técnica de Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con MSPAS la convocatoria de las Comadronas Tradicionales. • Coordinar con OGAM / Municipalidad las Jornadas Comunitarias de Agua y Saneamiento. • Coordinar la selección y convocatoria de Madres Monitoras. • Coordinar talleres de capacitación para organizaciones comunitarias. • Representación de ASECSA en la COMUSAN.
<p><u>Facilitadora de Santa Lucía Utatlán:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con MSPAS la dotación de equipo y suministros. • Coordinar con el MSPAS organización y desarrollo de las capacitaciones del personal de salud.

⁶ Expresadas durante las entrevistas realizadas a cada una de las integrantes del Equipo Técnico.

- Coordinar la organización de las Jornadas Comunitarias Médicas de Prevención de IRAS y EDAS y de la Jornadas Comunitarias de Nutrición.
- Acompañamiento técnico en capacitaciones a Comadronas y Madres Monitoras
- Coordinar con organizaciones comunitarias el desarrollo de las Jornadas Comunitarias de Agua y Saneamiento.

Facilitadora de El Novillero:

- Coordinación y acompañamiento técnico en las Jornadas Comunitarias Médicas de Prevención de IRAS, EDAS y en Jornadas Comunitarias de Nutrición, y en el desarrollo de las Jornadas Comunitarias de Agua y Saneamiento.

En base al Plan Operativo Anual (POA) elaborado, se procedía a la ejecución de las actividades programadas. Para la ejecución el rol principal del Equipo Técnico fue la coordinación con las contrapartes institucionales y comunitarias, que implicó el desarrollo de reuniones, la toma de acuerdos sobre la Guía Metodológica de cada actividad y la tramitación de los recursos necesarios para su desarrollo. Las integrantes del Equipo Técnico participaron en el desarrollo de cada una de las actividades, según lo establecido en sus funciones, posteriormente elaboraban una Memoria Técnica de la actividad. Para cada actividad se realizaba la solicitud de los recursos financieros y la compra de los insumos necesarios a la Sección de Contabilidad en la Oficina Regional Occidente de ASECSA, al finalizar la actividad hacían la liquidación de gastos correspondiente.

El Equipo Técnico compartía una oficina desde donde hacía los trámites administrativos correspondientes y a principios de cada semana revisaban y adecuaban su plan de trabajo semanal. Cada semestre la Coordinadora del Proyecto junto con el Equipo Técnico y el Contador preparaba el Informe Técnico requerido por Farmamundi.

La forma como operaba la gestión del Proyecto era muy acelerada, e implicaba muchos trámites administrativos y una constante movilización entre la sede de la Oficina de ASECSA en Totonicapán y el municipio de Santa Lucía Utatlán, que distan aproximadamente 85 kms. Las reuniones conjuntas del Equipo Técnico consistieron en buena medida en solventar los asuntos inmediatos. En esas condiciones resultó difícil encauzar un proceso de aprendizaje - acción para profundizar sobre cómo el Proyecto estaba logrando los cambios deseados.

En septiembre de 2018, seis meses después de iniciado el Proyecto, se contrataron los servicios de tres consultoras quienes elaboraron el Informe Línea de Base del Proyecto, un retraso que necesariamente implicaría una distorsión en la medición de indicadores que debía haberse realizado al inicio. En cualquier caso, hay que señalar que muchos de los indicadores considerados referían a productos del propio proyecto. Después de la finalización del Proyecto, en septiembre 2019, el mismo equipo realizó el Estudio Final de Medición Indicadores. Ambos estudios presentan, de manera detallada la medición inicial y final de los Indicadores Objetivamente Verificables del Proyecto.

Los miembros del Equipo Técnico valoraron que el Proyecto podría haber incrementado su eficiencia si se hubiesen considerado aspectos como presupuestar visitas comunitarias y dar seguimiento y acompañamiento a los actores capacitados; realizar actividades con jóvenes -hombres y mujeres- para informarles sobre los temas desarrollados; fortalecer la participación de las Madres Monitoras en los procesos de salud y nutrición; adquirir equipo y utensilios para las demostraciones durante las Jornadas Comunitarias de Nutrición.

3.4. Asignación y Ejecución Presupuestaria

A continuación, se presenta un consolidado del porcentaje de fondos del Proyecto utilizado para el desarrollo de los ocho procesos encaminados.

Procesos Encaminados	Gasto en Q	% de los Fondos del Proyecto
Proceso 1 - Remozamiento, equipamiento de servicios de salud y entrega de suministros médicos.	623,538.09	35%
Proceso 2 – Capacitaciones a Personal de Salud y Comadronas Tradicionales sobre la identificación temprana, referencia, tratamiento y prevención de IRAS, EDAS y Desnutrición entre madres en edad fértil y menores de 5 años.	210,901.00	12%
Proceso 3 – Aplicación de metodologías de comunicación durante las Consejerías y las Jornadas Comunitarias sobre identificación temprana y prevención de EDAS, IRAS y desnutrición.	42,068.00	2%
Proceso 4 – Uso de recursos locales para la salud familiar	78,285.00	4%
Proceso 5 – Capacitación Madres Monitoras sobre tratamiento y almacenamiento de agua para consumo humano.	47,880.00	3%
Proceso 6 – Capacitaciones a integrantes de la COMUSAN y de Organizaciones Comunitarias para mejorar la gestión hídrica, el saneamiento y la higiene.	42,580.00	2%
Proceso 7 – Desarrollo de Jornadas Comunitarias de Agua y Saneamiento promovidas por organizaciones comunitarias para mejorar la gestión hídrica, el saneamiento y la higiene.	24,854.00	1%
Proceso 8 – Desarrollo de una Campaña de Comunicación sobre consumo de agua segura.	109,454.00	6%
Gestión - Salarios y Prestaciones del Equipo Técnico	267,287.00	15%
Gastos directos gestionados por ASECSA	1,337,703.00	76%

De acuerdo al análisis realizado, no se observan desviaciones presupuestarias en la ejecución del proyecto. Si bien el presupuesto atiende a partidas presupuestarias de gasto y su desglose incluye rubros por actividad, para efectos de este análisis se ha preferido referir a los procesos en los que se han agrupado las diferentes acciones llevadas a cabo por el Proyecto, de forma que se visualizan los acentos en términos de costes.

El equipo técnico considera que el Proyecto contemplaba todos los recursos asignados y de forma equilibrada como para poder desarrollar el trabajo previsto, no obstante como se señala más abajo, consideran que habría sido necesario recursos para actividades de seguimiento.

3.5. Seguimiento y Viabilidad

Los procesos encaminados, tanto a nivel institucional como a nivel comunitario, son procesos que deben continuar para, con el tiempo tener un impacto sostenible entre la población meta.

Según lo expresado por los actores de los que la evaluación recibió información y valoraciones:

El Director de la OGAM expresó que “el paso ya se está dando, hay más instituciones involucradas, está aumentando la conciencia que la desnutrición sí existe”. Como seguimiento considera necesario promover: huertos familiares, cultivo de hortalizas, verduras y plantas medicinales. Promover la desinfección del agua con cloro, y fomentar que los técnicos en salud aseguren que el agua para consumo humano sea segura. Proyectarse hacia otras comunidades.

Las Comadronas Tradicionales se refirieron a la necesidad de desarrollar actividades de capacitación para los miembros de los COCODES y para los hombres de la comunidad sobre los temas de buenas prácticas y equidad de género, para que escuchen a las mujeres y tomen en cuenta su opinión, y para que adquieran responsabilidad en la crianza de sus hijas e hijos. Explicaron que necesitan insumos para poder recibir los partos: toallas, gabacha, linterna, balanza, cinta para amarrar cordón, mascarilla, guantes, gorro, bata, bandeja y palangana.

Las Madres Monitoras expresaron que necesitan que se dé seguimiento a las capacitaciones recibidas para actualizar sus conocimientos y tener intercambio de experiencias entre ellas; participar en demostraciones sobre preparación de alimentos y elaborar sus recetarios; promover huertos familiares para producir alimentos que puedan usar en la alimentación de los niños y dar a conocer los beneficios nutricionales del amaranto y formas de aprovecharlo.

Las miembros de los COCOSANES, aunque no fueron beneficiados directamente por el Proyecto dijeron *“en cada comunidad las organizaciones comunitarias deben unirse, trabajar el tema igualdad de género y SAN; ambos, hombres y mujeres empoderarse sobre ese tema. Si no, nos quedamos así como estamos. Debemos hablar ante el COCODE y que una institución nos acompañe. Necesitamos apoyo y acompañamiento para realizar capacitaciones comunitarias; orientar a jóvenes y señoritas sobre estos temas, ellos son los futuros padres y madres de familia; que nos sigan dando estos talleres que enseñan y actualizan. En la fase de seguimiento del Proyecto tomen en cuenta a las once comunidades donde hay COCOSANES, asignados por los COCODES”*.

De la Población Meta, las madres de familia que fueron entrevistadas expresan lo que puede hacer en su comunidad para que ya no haya casos de diarrea, infecciones respiratorias, ni desnutrición y que todas las familias tengan agua segura para el consumo. Opinan “... que sea el Centro de Salud quien programe reuniones con las comunidades sobre estos temas, si son ellos, se les hace caso; pedir a las madres mayores que cuenten sobre sus experiencias; compartir con nuestros familiares y vecinos que debemos cuidar muy bien a nuestros hijos e hijas pequeños; preparar bien sus alimentos, lavarles las manos, alimentarlos bien, que tomen atolitos y cuando se enferman los chiquitos llevarlos al servicio de salud o con el curandero. Compartir la información con los jóvenes, es importante la participación de la generación joven sobre estos temas; hablar sobre el daño por consumir comida chatarra, y que es responsabilidad de los padres de familia educar a sus hijos a comer bien. Nos preocupa no tener baños seguros, sólo letrinas de pozo ciego que no siempre los cuidan bien, hay mucha mosca...”

Aspectos que el Equipo Técnico de ASECSA expresa para el seguimiento del Proyecto:

- En las comunidades organizar y fortalecer una comisión específica para la buena salud y nutrición que sea parte de los COCODES.
- Mejorar las coordinaciones con los líderes comunitarios. Ellos se dedican más a proyectos de infraestructura, el reto es sensibilizarlos sobre la importancia de la buena nutrición y las

causas y efectos de la desnutrición y lograr su compromiso de facilitar y apoyar las acciones que las lideresas comprometidas desarrollan en la promoción de las buenas prácticas.

- Trabajar con los hombres el enfoque de la “nueva masculinidad” y aspectos de género para ir logrando la corresponsabilidad en el cuidado de las hijas e hijos.
- Para acelerar la prevención de EDAS, IRAS y desnutrición es importante controlar y asegurar el agua segura para todas las familias.
- Dar seguimiento al uso de los spots radiales y a la distribución y uso de los afiches. Los mensajes deben revalorizar las buenas prácticas tradicionales que se están perdiendo en las comunidades.
- Poder mantener un proceso de capacitación permanente para fortalecer al personal de salud.
- Sería conveniente que ASECSA pudiera dar seguimiento al equipamiento entregado al Distrito de Salud, a través de auditorías o fiscalización.

4. Resultados según Criterios de Evaluación

4.1. Eficacia

Hubo coherencia entre la lógica de intervención diseñada y la ejecución y los mecanismos puestos en marcha para llevar a cabo las estrategias del Proyecto. Eso facilitó el logro de los Indicadores Objetivamente Verificables del objetivo específico y de los resultados esperados, tal como se evidencia a partir de la Línea de Base y de lo alcanzado según el Análisis de Medición Final realizada en septiembre 2019.

Se cumplió con el desarrollo de todas las actividades programadas. Mediante su desarrollo, se encaminaron ocho procesos que permitieron avanzar hacia el logro de los tres resultados esperados.

Se encaminaron de manera directa procesos hacia los Titulares por Obligaciones, específicamente hacia el Distrito de Salud No. 5 del MSPAS para mejorar la atención en salud que brindan a la población materna e infantil. Esos procesos se refieren a: a) el remozamiento, equipamiento de servicios de salud y entrega de suministros médicos, b) el fortalecimiento de capacidades técnicas y de comunicación del personal de salud sobre identificación temprana, referencia, tratamiento y prevención de EDAS, IRAS y desnutrición, y c) la entrega de Manuales/Rotafolios de apoyo a las Consejerías que brinda el personal de salud. Todos los funcionarios /as que participaron en esta evaluación final expresaron que el apoyo recibido fue de mucho beneficio para poder brindar una atención de salud intra y extra muros de mejor calidad, principalmente, a madres y a menores de 5 años.

Se encaminaron de manera directa procesos hacia los Titulares por Responsabilidades, para la promoción de buenas prácticas que contribuyen en la mejora de la salud y nutrición de madres y menores de 5 años. Estos procesos se refieren a: a) el fortalecimiento de capacidades técnicas y de comunicación de Comadronas Tradicionales y de Madres Monitoras para incidir entre familias con menores de 5 años en la adopción de buenas prácticas para la identificación, referencia y prevención de EDAS, IRAS y desnutrición infantil, b) la entrega a cada Madre Monitora y Comadrona Tradicional de un Manual de apoyo para el desarrollo de Consejerías a nivel individual o colectivo, c) Se apoyó a un grupo de Comadronas Tradicionales en la elaboración de huertos medicinales, d) Se fortaleció la capacidad técnica de integrantes de la COMUSAN, y a miembros de Comités de Agua y de otros colectivos para mejorar la gestión hídrica, el saneamiento y la higiene en sus comunidades.

Se encaminaron de manera directa procesos hacia los Titulares por Derecho, para reforzar el trabajo de promoción realizado por las y los actores comunitarios. ASECSA realizó en algunas comunidades y en coordinación con las instituciones y colectivos comunitarios contrapartes, Jornadas Comunitarias. Se realizaron Jornadas Médicas para la identificación temprana y la prevención de IRAS y EDAS; Jornadas de Nutrición para la promoción de la nutrición de mujeres en edad fértil y menores de 5 años y Jornadas de Agua y Saneamiento para mejorar la gestión hídrica, el saneamiento y la higiene. Las integrantes del Equipo Técnico de ASECSA, explican:

“... La experiencia de las Jornadas Comunitarias la comentan entre comunidades, preguntan cuándo volvemos a llegar, nos buscan. En las comunidades ponen en práctica lo que aprenden durante las Jornadas. La primera vez que se llega a una comunidad apenas preguntan, la segunda vez ya tienen más preguntas y comparten lo que han hecho. Así sobre nutrición, como sobre la prevención de IRAS y EDAS y sobre el uso de plantas medicinales. Ha habido una buena participación de mujeres en las

actividades comunitarias realizadas. Ha sido satisfactorio ayudar a pobladores de las comunidades a convencerse sobre la importancia de la conservación del agua, de la higiene; éste es un proceso de cambio llevado a cabo de manera integral, es despertar inquietudes sobre las “buenas prácticas” y la necesidad de cambio”.

Se realizó una Campaña de Comunicación dirigida a la población en general focalizada en el Agua como derecho humano y como factor para la buena salud, concienciando sobre prácticas saludables. Esta campaña tuvo un importante componente práctico y se utilizaron materiales muy sencillos - afiches y spots radiales- adaptados al nivel formativo de la población, reforzándose con la organización de las Jornadas Comunitarias.

Fruto de todas estas acciones se ha verificado la incorporación de algunas buenas prácticas de higiene en la población, aunque se ha constatado que aún queda mucho por hacer. Consecuentemente, se puede afirmar que las condiciones de salud y el estado nutricional de las mujeres embarazadas y niñas y niños menores de cinco años han mejorado con la ejecución del Proyecto, y que esto contribuye a hacer efectivo el derecho humano a la salud de estos grupos de población, especialmente vulnerables a la inseguridad alimentaria y nutricional.

Factores que facilitaron estos logros:

- La apertura y flexibilidad de las contrapartes institucionales para participar en el Proyecto.
- La alta participación de Actores Comunitarios, especialmente las Comadronas Tradicionales y las Madres Monitoras.
- La apropiación del Proyecto por parte de las integrantes Equipo Técnico responsable de su ejecución, y su disponibilidad para realizar las coordinaciones necesarias.
- El que la técnica de campo y las facilitadoras de ASECSA fueran originarias del área de trabajo, conocen los caminos y senderos y conocen las instituciones y a los responsables. Ellas hablan el idioma kiché, lo que les permitió una buena comunicación y ganarse la confianza de las personas, especialmente de las mujeres.

Factores que limitaron estos logros:

- La participación de los hombres y padres de familia en los diversos procesos encaminados por el Proyecto; ha sido muy baja debido a sus horarios de trabajo, muchos trabajan fuera de la comunidad.
- Lo anterior dificultó también la coordinación con líderes, autoridades y miembros de colectivos comunitarios. El reto es sensibilizarlos sobre la importancia de la buena nutrición y las causas y efectos de la desnutrición y lograr su compromiso de facilitar y apoyar las acciones de las lideresas comprometidas en la promoción de las buenas prácticas.
- Los integrantes de la COMUSAN, todos funcionarios públicos o de ONGs, cambian constantemente, lo que limita que realicen sus compromisos comunitarios.

Para las Comadronas Tradicionales, su participación en el Proyecto fue muy importante. Han recibido capacitaciones, equipo, material para atención, plantas medicinales y el Manual / Rotafolio que les sirve para su trabajo con las pacientes; una de ellas dijo “con ASECSA vale la pena, aquí nos han reconocido”. En las actividades promovidas por ASECSA se sienten a gusto porque las tratan bien y reciben apoyo para hacer mejor su trabajo.

Para las Madres Monitoras su participación en el Proyecto fue también muy importante. Lo que han aprendido en las capacitaciones recibidas lo comparten a través de réplicas que realizan con mujeres de su comunidad. Explican que las mujeres van perdiendo el miedo, se valoran y participan más, y frente a la comunidad se va tomando en cuenta su opinión. Las madres asisten a sus controles pre natales y llevan a sus hijos a consulta a los servicios de salud. Entre las familias se están adoptando buenas prácticas de alimentación e higiene. Expresan que se han ganado la confianza de las personas y eso las motiva a seguir apoyando a las familias de su comunidad.

A través de las reuniones que se sostuvieron con madres de menores de 5 años se pudo corroborar su satisfacción pues ven mejoras en la salud y estado nutricional de sus hijos e hijas. Están aplicando las buenas prácticas que aprenden a través de las Consejerías que les brinda el personal de salud y las comadronas y durante las Jornadas Comunitarias realizadas.

Sobre la contribución del Proyecto a las políticas públicas prioritarias en el municipio tanto el Director del Distrito No.5, como el Alcalde Municipal de Santa Lucía Utatlán y el Monitor Municipal de la SESAN expresan su satisfacción por la corresponsabilidad del accionar del Proyecto ante las prioridades institucionales apoyando en sincronía y no compitiendo de manera paralela.

4.2. Eficiencia

Los recursos que se toman en cuenta para evaluar la eficiencia son las capacidades del personal del Equipo Técnico para realizar sus funciones, la buena utilización del tiempo disponible y el uso responsable y oportuno de los recursos financieros entregados por el Proyecto.

El logro de los IOV del objetivo específico y de los resultados esperados del Proyecto según la medición final refleja un cumplimiento del 100%. Dado el compromiso de los ACS, sobre todo las Comadronas Tradicionales y las Madres Monitoras, con la mejora de la salud y nutrición de las mujeres -especialmente las embarazadas y lactantes- y de las niñas y niños menores de 5 años - como población meta del Proyecto-, así como por la buena aceptación que ha tenido el Proyecto, la cual se ha traducido en mayor participación de la prevista, las actividades realizadas se ajustaron básicamente a la disponibilidad presupuestaria inicial, e incluso se logró ampliarlas.

Al mismo tiempo, la formación y preparación adecuada del Equipo Técnico para las tareas desarrolladas -destacando la excelente disposición y dedicación del equipo de campo y la alta calidad humana y profesional de las mismas-, ha contribuido sin duda al éxito de las actividades. El cumplimiento de lo esperado por el Proyecto, fue un esfuerzo integral entre las integrantes del Equipo Técnico, entre las que se establecieron buenas relaciones y una comunicación fluida -con ayuda de los celulares- que facilitó la coordinación interna y permitió responder de manera coherente ante imprevistos de tipo personal o de trabajo. Sin lugar a dudas, el conocimiento que la técnica de campo y facilitadoras tienen de los caminos y senderos del área de intervención del Proyecto y sobre las instituciones y responsables, facilitó la coordinación con las contrapartes institucionales y comunitarias, y su colaboración y articulación de esfuerzos para alcanzar los resultados obtenidos.

Hay que destacar que en el periodo de ejecución –dieciocho (18) meses- se llevaron a cabo un total de setenta y dos (72) actividades de capacitación, además de otras acciones como construcciones, implementación de huertos con plantas medicinales, Campaña de Comunicación, etc.

Las actividades que han tenido una mayor incidencia institucional son las realizadas con el Distrito de Salud No.5 del MSPAS. Estas actividades / procesos han contribuido para que la institución mejore la calidad de la atención de salud brindada a la población materna e infantil del área de intervención del Proyecto. A continuación, se presentan las actividades/ procesos desarrollados y la inversión económica que esto representó.

Actividades / Procesos	Gasto (Q)
Mejora de establecimientos de salud, entrega de equipamiento y de suministros médicos	623,539.09
Capacitación técnica y metodológica del personal de salud	105,450.50
Entrega de Manuales de apoyo a las Consejerías y afiches	34,704.00
Total	763,693.59
% de los fondos del Proyecto	43 %

Las actividades que han tenido una mayor incidencia socio – organizativa son aquellas encaminadas hacia el fortalecimiento de capacidades de lideresas comunitarias – Comadronas Tradicionales y Madres Monitoras – y de miembros de organizaciones comunitarias. Los procesos encaminados les han proporcionado conocimientos y recursos para ir logrando la reducción de enfermedades prevalentes y desnutrición entre las madres y menores de 5 años de su comunidad. Se espera que el Proyecto haya podido también incidir, aunque de manera incipiente, en la búsqueda colectiva de caminos para encauzar procesos propios.

Actividades / Procesos	Gasto (Q)
Capacitación técnica y metodológica de Comadronas Tradicionales	105, 450.00
Uso de recursos locales – plantas medicinales- para la salud familiar	78,285.00
Capacitación de Madres Monitoras	47,880.00
Capacitación a integrantes de la COMUSAN y de organizaciones comunitarias	42,068.00
Entrega de Manuales de apoyo a Consejerías	18,750.00
Total	292,433.00
% de fondos del Proyecto	16%

Las Jornadas Comunitarias que el Proyecto facilitó tuvieron también incidencia directa entre la población meta. Fueron actividades de acercamiento de técnicos de la salud, de la nutrición y de recursos hídricos con madres, algunos padres de familia y lideresas y líderes comprometidos con la mejora de la calidad de vida de sus comunidades.

Actividades / Procesos	Gasto (Q)
Desarrollo de Jornadas Comunitarias Médicas, de Nutrición y de Agua y Saneamiento.	66,922.00
Total	66,922.00
% de fondos del Proyecto	4%

Se considera que la Campaña de Comunicación ha podido tener incidencia entre la población meta, principalmente a través de los spots de radio (gasto Q . 44,000.00). No obstante, la evaluación no alcanzó a poder valorarlo.

El Proyecto se adecuó a la cultura de participantes y población beneficiaria. Todas las actividades dirigidas a las lideresas comunitarias y a miembros de las organizaciones comunitarias se realizaron en el idioma kiché, y cuando los facilitadores no hablaban el idioma local, siempre se aseguró la traducción. También las imágenes incorporadas a los materiales elaborados fueron adecuadas a la cultura de la población meta.

En cuanto al enfoque de género, si bien en las actividades con el personal sanitario participaron tanto mujeres como hombres, no se logró mayor participación de hombres en las Jornadas Comunitarias, ni lo recogió el material impreso de la Campaña de Comunicación, siendo las dos últimas las actividades dirigidas directamente a la población meta. Como ya se ha señalado, se dificultó coordinar las Jornadas con líderes y la participación de padres de familia fue muy baja debido a cuestiones de horarios, dado que la mayoría de hombres trabajan fuera de la comunidad y regresan después de las 5:00 de la tarde. También incidió la mentalidad que prevalece sobre la distribución de responsabilidades entre mujeres y hombres, donde el cuidado de las hijas e hijos se considera función de la mujer. Esta visión es la que refleja en el material impreso de la Campaña - manuales y afiches-, donde prevalece la imagen de mujeres que asumen por sí solas las tareas y responsabilidad con los hijos y la casa.

Sobre la utilización de nuevas metodologías de comunicación cabe mencionar que, durante las capacitaciones dirigidas al personal de salud, a las comadronas tradicionales, a las madres monitoras y a miembros de organizaciones comunitarias se utilizaron técnicas de Comunicación para el Desarrollo que motivaron el intercambio de experiencias entre participantes, facilitaron la comprensión de nuevos conocimientos y el desarrollo de habilidades para la transmisión de mensajes y conocimiento entre la población meta, a partir de las réplicas en las comunidades y de las Consejerías brindadas.

4.3. Pertinencia

El objetivo específico del Proyecto de mejorar la salud y estado nutricional de las mujeres embarazadas, niñas y niños K'iché menores de cinco años de tres territorios de Santa Lucía Utatlán, resultó adecuado ante la deplorable situación de salud y nutrición que padece la mayoría de la población guatemalteca y, en particular, en la zona de intervención; sin embargo, más allá de las políticas específicas, el contexto político, social y económico que impera en el país, implica en la práctica una ausencia de compromiso real con esos cambios.

El diseño y formulación del Proyecto se realizó entre 2016 y 2017, cuando el MSPAS se apoyaba en el MIS, un modelo que apostaba por fortalecer el primer nivel de atención de salud. A finales del 2017 el MIS fue anulado y el MSPAS retornó al modelo anterior. A partir de entonces, las prioridades cambiaron, el accionar se orientó más hacia la salud hospitalaria minimizando el primer nivel de atención.

No obstante el cambio de modelo en salud, el Proyecto fue muy pertinente, porque de igual forma respondió a prioridades de instituciones públicas -especialmente del MSPAS- que, como titulares de obligaciones, deberían implementarlas en el ámbito en el que intervino el Proyecto. En este sentido, el Proyecto consideró un abordaje desde un enfoque integral de la problemática, que implicaba necesariamente coordinaciones con instituciones de diferentes sectores para abordar el conjunto de debilidades presentes en la implementación de políticas públicas en relación a la mejora de la salud y nutrición de la población, especialmente aquella más vulnerable, como las mujeres, niñas y niños menores de 5 años. Autoridades del Distrito de Salud, de la Municipalidad y de la SESAN municipal han expresado su satisfacción por la manera cómo el Proyecto se ha adecuado a los programas y formas de trabajo de estas instituciones, constituyendo un apoyo para brindar una mejor atención a la población.

Igualmente, el Proyecto ha sido coherente con las necesidades de la población meta. Partió de un análisis de necesidades y problemática específica centrada en una población meta, que focaliza uno de los más graves y persistentes problemas del país: los altos índices de desnutrición e incidencia de enfermedades prevalentes -IRAS y EDAS- entre la población de niñas y niños menores de 5 años y la salud de las mujeres, especialmente cuando se encuentran embarazadas. La mayoría de la población no está consciente de lo trágico de esta situación. Sin embargo, muchas madres de menores de 5 años sí están interesadas en aprender más sobre el buen cuidado de sus hijos e hijas, y están dispuestas a dar su tiempo para participar en actividades que les brinden ese apoyo. Muchos padres de familia apoyan a las mujeres, pero no es frecuente su participación por su disponibilidad de tiempo y su mentalidad machista.

El Proyecto también se adaptó a las necesidades y prioridades expresadas por los diferentes Actores Comunitarios considerados clave en la estrategia de fortalecimiento de capacidades desarrollada. Ejemplo de ello es la elevada participación, superando en ocasiones lo previsto inicialmente, de las Comadronas y Madres Monitoras, quienes juegan un papel central en la atención materna infantil y pueden influir cambios en las prácticas y hábitos en relación a la salud, la alimentación y la higiene tanto a nivel familiar como comunitario.

Como parte de la COMUSAN, ASECSA aprovechó el espacio para estrechar relaciones y dar a conocer los avances del Proyecto. A partir de ahí, la coordinación con las contrapartes institucionales y comunitarias -todas integrantes también de la COMUSAN- se concretó en reuniones de trabajo para tomar acuerdos sobre el desarrollo y seguimiento de determinadas actividades.

4.4. Impacto

En año y medio de desarrollo del Proyecto es difícil esperar y medir impactos en la salud y nutrición de las mujeres y de niñas y niños menores de 5 años. No obstante, tal como indica la medición final de indicadores considerados en el Proyecto, y lo expresan los responsables y personal de salud de la zona de intervención, así como las Comadronas Tradicionales y Madres Monitoras involucradas en la atención de los colectivos meta, han empezado a descender las enfermedades gastrointestinales vinculadas al consumo agua, se ha reducido la tasa de enfermedades prevalentes en la infancia (EDAS e IRAS) y ha aumentado el porcentaje de mujeres embarazadas y niños niñas atendidos según protocolos de la Ventana de los Mil Días. También, se ha puesto de manifiesto un incremento de la frecuentación de los servicios sanitarios como consecuencia del trabajo de sensibilización y consejería realizada por Comadronas y Madres Monitoras, así como del propio

personal de salud, a lo que sin duda ha contribuido las mejoras en los establecimientos sanitarios - apertura de la Clínica de Monitoreo del Crecimiento en el CAP y remozamiento del Puesto de Salud de Pamezabal-, y el equipamiento y los insumos específicos para la atención materna e infantil facilitados por el Proyecto. Además, los hábitos personales y colectivos de nutrición, higiene y salubridad están bien encaminados a raíz de las actividades comunitarias de sensibilización, comunicación y educación realizadas.

Todas las instituciones expresan un impacto positivo del Proyecto, sobre todo por la dinámica de colaboración generada. En particular, la COMUSAN de Santa Lucía Uatlán, los COCODES y COCOSANES, la Red de Comadronas Tradicionales y Madres Monitoras han visto muy fortalecidas sus capacidades, y han comprobado en la práctica la utilidad de los recursos facilitados, lo que incrementa su compromiso con sus comunidades y los grupos de población más vulnerables.

4.5. Sostenibilidad

Para poder valorar la continuidad de los cambios promovidos una vez finalizado el Proyecto, el análisis evaluativo se ha centrado en los siguientes factores: capacidades instaladas, entorno institucional y apropiación de actores comunitarios.

Capacidades instaladas - El Proyecto realizó un esfuerzo muy importante para desarrollar capacidades del personal de salud y Actores Comunitarios para la prevención de las EDAS, IRAS y la desnutrición entre las mujeres y niñas y niños menores de 5 años. Sin embargo, como se ha señalado, la política de contrataciones del Ministerio de Salud provoca rotación anualmente del personal sanitario, de forma que con seguridad una parte importante del personal capacitado en las diferentes temáticas y metodologías focalizadas por el Proyecto no continuarán atendiendo en la zona de intervención. Distinto es el caso de los Actores Comunitarios, específicamente las Comadronas Tradicionales y las Madres Monitoras, quienes además de ser parte de las comunidades tienen la vocación y compromiso demostrado de continuar apoyando a la población.

Entorno institucional - Recién a principios del 2020, a nivel nacional y municipal, ha tomado posesión un nuevo gobierno. Como cada cuatro años, las autoridades institucionales han cambiado y con seguridad también la mayoría del personal técnico. Por parte del Distrito de Salud No.5 del MSPAS, de la SESAN municipal y de la Municipalidad de Santa Lucía Uatlán, no hay ninguna garantía de que se continúe con lo iniciado, en el punto en que quedó. El personal que se moviliza, según las circunstancias cada año, o cada cuatro años, se lleva su conocimiento y experiencia a otro lugar. No obstante, si bien el MSPAS seguirá siendo una institución clave para la lucha contra la desnutrición, en lo que refiere a la SESAN, a futuro, no hay claridad sobre su papel de liderazgo y recursos asignados en cuanto a la SAN. Esta circunstancia influye sin duda en las posibilidades de los actores institucionales y comunitarios con mandato en SAN para seguir aplicando los conocimientos adquiridos, así como para actuar bajo la coordinación de las estructuras municipales como la COMUSAN.

Apropiación de Actores Comunitarios - En las comunidades queda el conocimiento y la experiencia de trabajo impulsado por el Proyecto, de las Comadronas Tradicionales, de las Madres Monitoras sobre la base de procesos organizativos previos a la intervención, de las miembros de COCOSANES y de los miembros de algunas organizaciones comunitarias. Queda la incidencia que el Proyecto ha logrado en lo socio-organizativo y entre la población meta. Son estos actores comunitarios a quienes hay que seguir fortaleciendo y acompañando para que en las comunidades se generen procesos

sostenibles que incidan en disminuir o erradicar las EDAS, IRAS y la desnutrición entre las mujeres y niñas y niños menores de 5 años.

5. Teoría del Cambio

En el análisis de la evaluación, la TdC del Proyecto proporciona una respuesta adecuada a la mayoría de las necesidades clave y temas identificados por las contrapartes institucionales y otros actores comunitarios, y en gran parte está alineada con procesos y estructuras organizacionales. En general, puede decirse que las actividades y procesos encaminados fueron pertinentes en relación a los resultados y objetivo planteados, observándose un encadenamiento lógico entre sus principales componentes. Así mismo, se encontraron otros aspectos positivos del diseño, como la consideración transversal de los enfoques de género y pertinencia cultural.

En la TdC no se enfoca un solo camino, sino varios caminos simultáneamente, conformando una estrategia para lograr incidir en varios actores / procesos al mismo tiempo y por ende tratar de maximizar los resultados en el sentido de implementación de acciones que lleguen a contribuir a mejorar la salud y estado nutricional de las mujeres, niñas y niños menores de cinco años en el municipio de Santa Lucía Utatlán.

Se puede decir que el Proyecto tuvo un fuerte énfasis en fomentar el desarrollo de capacidades de los diferentes actores institucionales y comunitarios -según su ámbito de actuación- para incidir en el cambio de comportamientos y la mejora de su labor en relación a la atención materna e infantil. En otro nivel, la mejora de las infraestructuras y dotación de equipamientos considerados, empleó un porcentaje considerable de los recursos de financiación puestos a disposición.

Independientemente, algunos de los supuestos considerados en el diseño no se mostraron muy realistas, o al menos, algunas de las características institucionales y de algunos grupos de beneficiarios.

En cuanto al MSPAS como principal contraparte institucional, si bien el Proyecto identificó de acuerdo con el Distrito de Salud No.5 necesidades de mejora en las infraestructuras sanitarias y la existencia de condiciones para su realización, no fue muy realista al considerar que la pronta disposición de recursos conduciría a la entrega de los productos -obras de rehabilitación y su equipamiento- en el tiempo considerado como viable en el marco temporal de ejecución del Proyecto. Por razones de burocracia interna del MSPAS -como factor externo-, la habilitación de la Clínica del Monitoreo del Desarrollo del CAP sufrió un considerable retraso, postergando prácticamente hasta el final del Proyecto el acceso a mejores condiciones materiales de atención para la población meta de niñas y niños.

A su vez, el supuesto de que el MSPAS continuara la implementación del MIS y mantuviese sus prioridades en el sistema de información vigente en relación a indicadores recogidos en el Proyecto, tampoco se cumplió. En esa medida, para asegurar la evidencia y la focalización en la atención materna e infantil, desde el Proyecto se levantó un Censo Nutricional de mujeres embarazadas y lactantes, y niñas y niños menores de cinco años con cobertura en todas las comunidades del Municipio.

En cuanto a la voluntad del MSPAS de mantener la interculturalidad como un eje prioritario del MIS y de aumentar la coordinación con las Comadronas Tradicionales y el reconocimiento de sus conocimientos ancestrales, en la ejecución del Proyecto no se evidenció cambio alguno respecto a la coordinación y articulación del sistema sanitario institucional con la labor imprescindible de las

Comadronas en la atención comunitaria -extra muros- a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, así como a sus hijas e hijos.

En relación a la otra contraparte institucional la SESAN – COMUSAN, la inestabilidad en la representación de las distintas instituciones públicas en función de los cíclicos cambios de carácter político, no aseguró que permanecieran las capacidades desarrolladas para el necesario seguimiento a la problemática y planes de actuación sobre SAN. Igualmente ocurre con las COCOSAN, dado su vínculo con el COCODE y su renovación bianual por Ley.

En el caso de las Organizaciones Comunitarias, y en función de la participación de hombres en espacios y en relación a asuntos de salud, nutrición e higiene, en general, no mostraron mayor interés por asuntos considerados como “cosa de mujeres”. Tampoco a lo interno del Proyecto se aseguraron materiales de comunicación que promovieran la corresponsabilidad de género.

En resumen, en el análisis de la TdC el Proyecto acertó en la priorización de factores críticos de cinco redes de causalidad del problema: Red 1. Atención en salud primaria deficiente, servicios materno-infantil sin personal especializado. Red 2. Exclusión de la medicina tradicional y la cosmovisión Maya en la configuración de los servicios del MSPAS. Red 3. Insuficiente e inadecuado consumo calórico-protéico de mujeres, niñas y niños indígenas, Red 4. Prácticas clave en SAN no son interiorizadas ni implementadas y, Red 5. Débiles capacidades municipales y comunitarias para la SAN. En la Redes 1, 2 y 3 se priorizó el fortalecimiento de capacidades institucionales del Estado para mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de Salud en los niveles I y II de intervención, así como fortalecer las capacidades de las Comadronas Tradicionales y, en las Redes 4 y 5, las intervenciones trataron de modificar factores causales asociados a los conocimientos y las capacidades de las familias sobre prácticas de SAN, con la participación de actores comunitarios como las Madres Monitoras y focalizando BBPP sobre el Agua.

El Proyecto no priorizó causas estructurales que se consideran, según diversas evaluaciones de acciones de desarrollo en el sector y el conocimiento especializado, como factores causales críticos del problema de la desnutrición en niñas y niños, y malnutrición de las mujeres, como grupos especialmente vulnerables a la inseguridad alimentaria y nutricional. Estos son: “escaso acceso a activos productivos básicos y a ingresos económicos” y la incidencia política en factores críticos del entorno país y municipio, como la pobreza, entre otros. Este hecho, sumado al limitado ciclo de duración del Proyecto, podría consignarse como una explicación de los límites sistémicos de las intervenciones en la reducción del problema de la desnutrición en la zona de intervención del Proyecto.

6. Conclusiones

1. El Proyecto se mostró muy pertinente porque se focalizó en una zona, el municipio de Santa Lucía Utatlán en donde existen altos niveles de desnutrición y se focalizó en una población meta, las mujeres en edad fértil -especialmente las embarazadas y lactantes- y niñas y niños menores de cinco años, como grupos de población especialmente vulnerables a la inseguridad alimentaria y nutricional.
1. El Proyecto desde el diseño estuvo muy alineado con las políticas públicas de Salud y SAN, particularmente en relación al objetivo estratégico de fortalecimiento de la atención en salud del I Nivel de atención y de manera específica en relación a la estrategia de la Ventana de los Mil Días, que focaliza la atención en intervenciones clave para mujeres embarazadas y lactantes y niños y niñas menores de 2 años.
2. El Proyecto se mostró muy eficiente ya que se desarrollaron la totalidad de las actividades programadas en el tiempo previsto, con la salvedad del retraso en la realización de la habilitación del espacio en el CAP destinado a Clínica de Monitoreo del Desarrollo, por razones de burocracia interna de la contraparte institucional el MSPAS, si bien se logró finalizar en el tiempo de ejecución previsto. El Proyecto también fue muy eficiente en la gestión de los recursos de presupuesto, no identificándose grandes desviaciones de gasto respecto a la planificación presupuestaria.
3. El Proyecto diseñó una estrategia de intervención clara en cuanto a la concreción de resultados y a la relación causal entre los diferentes elementos de la misma. No obstante, el gran número de acciones consideradas y la complejidad en cuanto a la utilización de los productos y servicios puestos a disposición de los diferentes actores participantes, implicó un gran esfuerzo de organización dado lo ajustado del tiempo disponible para poder medir efectos. En cualquier caso, la evaluación recogió evidencias de que actores participantes como el personal de salud, las comadronas y las madres monitoras utilizan con éxito las capacidades facilitadas por el Proyecto.
4. El Proyecto identificó con claridad los principales actores que se suponen claves en el nivel de los procesos en los que se pretendía influir -tanto institucionales como comunitarios- y a través de los cuales incidir en los cambios planteados en el ámbito de interés, esto es lograr avances en la reducción de la desnutrición infantil y de mujeres embarazadas y lactantes, y en las tasas de enfermedades prevalentes en la infancia. La estrategia de fortalecimiento institucional resultó exitosa, lográndose fortalecer capacidades clave y desempeño profesional para enfrentar la problemática focalizada entre los actores considerados clave. Desde el punto de vista de la sostenibilidad de los procesos encaminados, la apropiación de las Comadronas Tradicionales y las Madres Monitoras resultan factores importantes teniendo en cuenta su inserción, reconocimiento y capacidad de influencia entre la población, especialmente entre las mujeres. Estas actoras, producto del trabajo de capacitación realizado han resultado fortalecidas y empoderadas, suponiendo factores de cambio.
5. El Proyecto puso en marcha un conjunto de procesos encaminados a lograr cambios, logrando -tal como se refleja en el estudio final de medición de indicadores- cumplir con los IOV del objetivo específico y de los resultados esperados, establecidos en el diseño. Por tanto el Proyecto ha sido muy eficaz.

6. El Proyecto tuvo incidencia en tres niveles:
 - A nivel institucional hacia el Distrito de Salud No.5 de Santa Lucía Utatlán contribuyendo en la mejora de establecimientos de salud y entrega de equipamiento y suministros médicos, desarrollando un proceso de capacitación dirigido a 50 funcionarios de salud del I y II nivel de atención, y entregando recurso de apoyo a las Consejerías.
 - A nivel socio-organizativo contribuyó en el fortalecimiento de lideresas, líderes, y de miembros de comités de agua y otros colectivos, de las 48 comunidades del área de intervención, para ir logrando la reducción de enfermedades prevalentes y desnutrición entre las mujeres y niños y niñas menores de 5 años.
 - A nivel de la población meta facilitó información clave a partir el desarrollo de Jornadas Comunitarias y la Campaña de Comunicación para reforzar las acciones promovidas por las Comadronas Tradicionales, las Madres Monitoras y miembros de los Comités de Agua, COCOSAN, etc. para prevenir las EDAS, IRAS y la desnutrición.
7. El Distrito de Salud No.5 recibió apoyo por un valor equivalente al 43% de los fondos del Proyecto, sin embargo, la evaluación no visualizó evidencia de compromiso formalizado para sostener lo avanzado o propiciar la institucionalización de procesos que le fueron favorables. Este aspecto se profundiza si se tiene en cuenta la alta rotación del personal sanitario y directivo, así como la inestabilidad de las políticas de salud en el país, básicamente sin financiación. El nuevo presidente electo Giammattei ya presentó al Congreso de la República sus primeras medidas, entre otras una reducción significativa del presupuesto destinado a la salud.
8. Las coordinaciones que las miembros de Equipo Técnico responsable de la ejecución del Proyecto realizaron, fueron fundamentales para el logro de cada uno de los procesos encaminados. Estas coordinaciones se realizaron principalmente con autoridades y técnicos del Distrito de Salud No.5, de la Municipalidad de Santa Lucía Utatlán y de la SESAN municipal quienes colaboraron en el desarrollo de los procesos de capacitación y en el desarrollo de las Jornadas Comunitarias.
9. El Equipo Técnico del Proyecto y el personal técnico de otras instituciones que aseguraron eficazmente la realización de las actividades previstas, contribuyeron al logro de resultados expresados en la medición final de los IOV planteados, demostrando su capacidad técnica y su compromiso de servicio y dedicación para transmitir capacidades y conocimientos a lideresas y líderes comunitarios para mejorar la situación nutricional de las familias, principalmente de mujeres y niñas y niños menores de 5 años.
10. El hecho de que la técnica de campo y las facilitadoras del Equipo Técnico del Proyecto fuesen originarias del área de intervención fue clave para el cumplimiento de lo programado en el Proyecto. El conocer las instituciones y tener la confianza de los funcionarios, el conocer la ubicación de las comunidades, y el idioma y cultura de la población meta facilitaron de manera importante las coordinaciones para el desarrollo de las actividades y la comunicación con lideresas, líderes, y autoridades de las comunidades y con la población meta.

11. La relación entre el Distrito de Salud No.5 y las Comadronas Tradicionales no ha mejorado sustancialmente. Persiste el utilizar a la comadrona para que refiera a las mujeres embarazadas a los servicios de salud, sin integrarlas como parte del personal de salud materno infantil. Las comadronas afirman que no reciben del MSPAS ningún apoyo, más bien se les limita y margina.
12. La participación de los hombres y padres de familia, en los diversos procesos encaminados por el Proyecto ha sido muy baja debido a sus horarios de trabajo, dado que muchos trabajan fuera de la comunidad. Eso mismo dificultó la coordinación con líderes, autoridades y miembros de colectivos comunitarios. También incide de manera importante la mentalidad machista que persiste entre muchos hombres. Ellos, a nivel comunitario, no toman en cuenta las opiniones de las mujeres ni apoyan las acciones que ellas promueven. A nivel del hogar consideran que todo lo relacionado a la crianza de las hijas e hijos es únicamente responsabilidad de la mujer.
13. Las autoridades comunitarias y los miembros de organizaciones comunitarias en su mayoría son hombres. Su esfuerzo y accionar se orienta principalmente a mejorar aspectos de infraestructura -camino, introducción y cuidado del agua, construcciones, etc.- de la comunidad, lo que se denomina como "obras grises". Las voces y accionar de las lideresas comunitarias generalmente no cuentan con su apoyo, son "cosas de mujeres".
14. El Proyecto se orientó a mejorar la nutrición de mujeres embarazadas y de niñas y niños menores de 5 años proveyendo al Distrito de Salud No.5 de recursos y de capacidad técnica y metodológica para mejorar la atención del I y II Niveles de salud en los relacionados a: atención de madres embarazadas y post parto, monitoreo del crecimiento, suministro de suplementos, tratamiento de casos de desnutrición severa, y comunicación para el cambio de comportamiento. De esta manera contribuyó a fortalecer la capacidad del sector salud de Santa Lucía Utatlán para atender y prevenir casos de desnutrición. Sin embargo, esto no es sostenible, una parte de los funcionarios capacitados y sensibilizados ya habrán sido movilizados a otros sitios de trabajo, iniciándose el año 2020 con nuevas autoridades y personal técnico - profesional.

A nivel comunitario, las Comadronas Tradicionales, Madres Monitoras y miembros de Comités de Agua que fueron fortalecidos por el Proyecto, quedan en las comunidades ejerciendo su labor de apoyo a las familias para ir consolidando las capacidades de madres y padres de familia para prevenir las EDAS, IRAS, y la desnutrición entre sus hijas e hijos menores de 5 años.

15. Muchas madres de niñas y niños menores de 5 años del área de intervención del Proyecto están motivadas, entusiasmadas, interesadas y sensibilizadas por recibir orientación sobre el buen cuidado de sus hijas e hijos menores de 5 años y para poder prevenir que se enfermen o inicien un proceso de desnutrición. Cabe mencionar que un número importante de madres, son mujeres jóvenes, bilingües, alfabetas, que se expresan con claridad y sin temor, seguras de sí mismas. Sienten orgullo por su cultura y consideran que muchas buenas prácticas para el cuidado de sus hijos e hijas las han recibido oralmente o con el ejemplo de sus padres y abuelos. Varias explicaron que cuentan con el apoyo de su pareja, ellos trabajan fuera de la comunidad, pero al estar en casa comparten con los hijos e hijas.

16. En once (11) comunidades de la zona de intervención los COCODES nombraron COCOSANES que son conformados fundamentalmente por mujeres, consideradas autoridades en su comunidad; ellas están trabajando con grupos de mujeres tratando de incidir en la mejora de la salud y nutrición de madres, niñas y niños. Solicitan acompañamiento técnico para poder ser más eficientes en el servicio que dan a su comunidad.
17. Desde el punto de vista de la estrategia de comunicación, para lograr disminuir la incidencia de IRAS, EDAS y desnutrición de manera sostenible se requiere que en las comunidades donde persiste esa situación, sus autoridades, lideresas y líderes puedan entender las causas y efectos de la desnutrición y la reconozcan como un grave problema, conozcan las maneras de prevenirla y tener las herramientas necesarias para tomar decisiones sobre cómo avanzar hacia un cambio.

7. Recomendaciones

1. En futuras intervenciones, es recomendable ampliar el enfoque de las estrategias orientándolo hacia la Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) y el enfoque de la Soberanía Alimentaria (SA) como alternativas para contribuir en la eliminación de la desnutrición de las futuras generaciones entre la población meta de Santa Lucía Uatlán.
2. Sobre el trabajo actual en el área de intervención del Proyecto, ASECSA debería desarrollar un mecanismo que permita dar seguimiento al uso que se da a los equipos y suministros que entregó al Distrito de Salud. También al funcionamiento de la Clínica del Monitoreo del Desarrollo instalada en el CAP. Todo ello teniendo en cuenta que sigue implementado nuevos proyectos enmarcados en la misma problemática en el municipio de Santa Lucía Uatlán.
3. La Campaña de Comunicación “Deja que el Agua te dé vida, cuidala y Vivirás Mejor” representa un punto de partida para el trabajo en relación a estos contenidos entre la población del municipio. Se requiere mayor esfuerzo para controlar el proceso, tanto de contraste de contenidos, mensajes e imágenes en el momento del diseño, como en la supervisión y evaluación de su alcance y el impacto de los medios desarrollados. Todo ello con la necesaria aplicación del enfoque de equidad de género y de interculturalidad.
4. A partir del trabajo realizado, se hace necesario repensar la estrategia respecto a la promoción de la organización comunitaria en relación a la SAN y específicamente sobre problemas tan graves por sus consecuencias en el desarrollo de las personas como de las propias comunidades, como es la persistente desnutrición infantil. Una sistematización de experiencias previas y una profundización del diagnóstico a nivel comunitario, sobre organización, experiencias desde la perspectiva de la población, la identificación de nuevos actores y focalización de objetivos alcanzables de forma endógena podría contribuir a resituar el trabajo en perspectiva de apropiación y sostenibilidad. Sería interesante desarrollar y aplicar la metodología de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Comunitaria, como una herramienta para la toma de decisiones de la comunidad organizada.
5. Es fundamental involucrar a hombres y niños en la promoción de una seguridad alimentaria y nutricional con equidad de género. Existe un potencial transformador de involucrar a hombres y niños tanto en comprender y desafiar las normas de género relacionadas con la alimentación

y la salud, como en cambiar las normas y conductas que pueden conducir a violencia o impedir que los hombres compartan las responsabilidades de los cuidados en la familia.

6. Para avanzar en la prevención de EDAS, IRAS y la desnutrición es urgente asegurar el agua segura para todas las familias. Es importante realizar controles y análisis de laboratorio para saber qué y cómo se contamina el agua que llega a los domicilios, y si lo que se considera agua segura realmente lo es. Esto se relaciona con la frase de una madre: “Nos preocupa no tener baños seguros, sólo letrinas de pozo ciego que no siempre los cuidan bien, hay mucha mosca...”. Es importante encontrar alternativas para que las familias también puedan tener letrinas seguras.
7. Se necesita profundizar sobre la relación entre el cambio climático y la disponibilidad de agua en el futuro mediato. Ir encontrando formas de darle un mejor uso al agua, como por ejemplo, aprovechamiento de aguas residuales, aprovechamiento del agua de lluvia, etc.
8. Para combatir la desnutrición es importante que las familias tengan acceso a alimentos saludables. Una buena forma, ya desarrollada son huertos familiares, huertos colectivos o parcelas donde las familias produzcan de manera agroecológica, no dependiente, al menos lo necesario para su consumo. Promover que las familias decidan qué sembrar en las diferentes épocas del año para tener un consumo variado y saludable. Rescatar el cultivo de productos alimenticios locales de alto valor nutritivo como son las hierbas y el amaranto. Dar a conocer los aportes nutritivos para la salud y la mejor manera de aprovecharlos en el consumo familiar.
9. Dada la alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional entre la población y especialmente en las mujeres, niñas y niños, en próximas intervenciones la estrategia necesariamente debe considerar: asegurar que las familias en riesgo por desnutrición tengan acceso de manera integral y simultánea a alimentos saludables, agua segura, letrinas seguras, una atención de salud adecuada e información sobre buenas prácticas, revalorizando las buenas prácticas tradicionales que se están perdiendo.
10. En proyectos que den seguimiento a lo iniciado en Santa Lucía Utatlán, aplicar la metodología de la Teoría del Cambio durante las fases de diseño, formulación, monitoreo y evaluación de la intervención con la activa y crítica participación del Equipo Técnico a cargo. Esto es para facilitar una continua reflexión colectiva explorando el cambio, cómo sucede y lo que eso significa para las comunidades; para propiciar un proceso de aprendizaje-acción, finalmente para revisar si las estrategias y las acciones planteadas son las correctas o deben reorientarse en función de los cambios en el contexto.

Anexos

- No.1 Términos de Referencia de la Evaluación Externa
- No.2 Propuesta para la Realización de la Evaluación Final Externa del Proyecto, Guatemala, 23 de julio 2019
- No.3 Informe de Trabajo de Campo, Guatemala, 2 de diciembre 2019