



INFORME DE EVALUACIÓN EXTERNA

PROYECTO FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
DEL SECTOR SALUD EN LORETO Y TUMBES





INFORME DE EVALUACIÓN EXTERNA

PROYECTO FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
DEL SECTOR SALUD EN LORETO Y TUMBES

Programa de Cooperación Hispano Peruano
Evaluación Externa de Proyecto
Fortalecimiento Institucional del Sector Salud en Loreto y Tumbes
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Agencia Peruana de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud



**EDITOR: PROGRAMA DE COOPERACIÓN HISPANO PERUANO
EVALUACIÓN EXTERNA DE PROYECTO
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD EN LORETO Y TUMBES**

Avenida Jorge Basadre 460 San Isidro
Lima, Perú
RUC: 20507098500

AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

Oficina Técnica de Cooperación
Avenida Jorge Basadre 460 San Isidro
Lima, Perú
Teléfono (0051) (01) 202 7000
Página web: www.aecid.pe

AGENCIA PERUANA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Av. José Pardo 261 Miraflores
Lima, Perú
Teléfono (0051) (01) 319 3600
Página web: www.apci.gob.pe

MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry 801 Jesús María
Lima, Perú
Teléfono (51-1) 315-6600
Página web: www.minsa.gob.pe

RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN EXTERNA

Dr. Fernando Llanos Zavalaga
Dra. Luz Marina Illescas Ruiz

DISEÑO

Romy Kanashiro



ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 7 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 24 |
| 1.1 Antecedentes y Objetivo | 26 |
| 2. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN Y SU CONTEXTO | 29 |
| 2.1 Del contexto | 29 |
| 2.2 Del Objeto de la evaluación | 31 |
| 3. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN | 33 |
| 3.1 Metodología de la evaluación aplicada | 36 |
| 3.2 Preguntas y criterios de valoración | 40 |
| 3.3. Elaboración de instrumentos de recolección de datos | 43 |
| 3.4. Condicionantes y límites del estudio realizado | 43 |
| 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA | 44 |
| 4.1 Resultados de la evaluación del Diseño del Proyecto | 44 |
| 4.2 Resultados de la evaluación de los Procesos del Proyecto | 66 |
| 4.3 Resultados de la evaluación de los Resultados del Proyecto | 80 |
| 5. CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN | 116 |
| 6. RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN | 125 |
| 7. LECCIONES APRENDIDAS DE LA EVALUACIÓN | 128 |



ACRÓNIMOS

| | |
|-----------|---|
| AECID | Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo |
| AIEPI | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| AMA | Vacuna contra Fiebre Amarilla |
| APCI | Agencia Peruana de Cooperación Internacional |
| APO | Vacuna anti poliomielítica |
| CENAN | Centro Nacional de Alimentación y Nutrición |
| CRED | Crecimiento y Desarrollo |
| CS | Centro de Salud |
| DDHH | Derechos Humanos |
| DEP | Documento de Estrategia País |
| DGE | Dirección General de Epidemiología |
| DGSP | Dirección General de Salud de las Personas |
| DHS | Demographic and Health Survey |
| DIRESA | Dirección Regional de Salud |
| DPT/Penta | Vacuna contra Difteria, Pertusis y Tétanos/ Vacuna Pentavalente |
| EESS | Establecimientos de Salud |
| ENDES | Encuesta Demográfica y de Salud Familiar |
| FESP | Funciones Esenciales en Salud Pública |
| FONCHIP | Fondo de Cooperación Hispano Peruano |
| HC | Historias Clínicas |
| HIS | Sistema de Información en salud, del inglés Health Information System |
| IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| MAPRO | Manual de Procedimientos |



| | |
|---------|---|
| MINSA | Ministerio de Salud |
| MOF | Manual de Organización y Funciones |
| MOGP | Manual Operativo y de Gestión del PCHP |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OGCI | Oficina General de Cooperación Internacional |
| OGEI | Oficina General de Estadística e Informática |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OTC | Oficina Técnica de Cooperación de la AECID |
| PAMAFRO | Proyecto “Control de la Malaria en las zonas fronterizas de la Región Andina: Un enfoque comunitario” |
| PCHP | Programa de Cooperación Hispano Peruano |
| PDCE | Plan Director de la Cooperación Española |
| PIM | Programas de Incentivos Municipales |
| PIP | Programas de Inversión Pública |
| PNCTI | Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional |
| POA | Plan Operativo Anual |
| POI | Plan Operativo Institucional |
| PRODOC | Documento de Proyecto |
| PS | Puesto de Salud |
| PSL | Planes de Salud Local |
| RMM | Razón de mortalidad materna |
| ROF | Reglamento de Organización y Funciones |
| RRHH | Recursos humanos |
| SERUM | Servicio Rural y Urbano Marginal |
| SIEN | Sistema de Información del Estado Nutricional |
| SIS | Seguro Integral de Salud |
| SNIP | Sistema Nacional de Inversión Pública |
| SPR | Vacuna anti sarampionosa |
| TdR | Términos de Referencia |
| UPCH | Universidad Peruana Cayetano Heredia |



RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto “Fortalecimiento Institucional del Sector Salud en Loreto y Tumbes”, tuvo como Objetivo Específico “mejorar la atención integral de salud de la mujer, niño/a y adolescente y su familia con enfoque de género, interculturalidad y derechos en las zonas urbanas, urbano marginales, periurbanas y rurales con problemas de exclusión y factores de riesgo”. Se inició en el año 2007 y culminó en el año 2011.

Este Proyecto constó de tres capítulos de intervención: las regiones de Loreto y Tumbes, así como el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), en Lima. En Loreto y Tumbes la intervención estuvo dirigida a atender las poblaciones más pobres, vulnerables y excluidas, específicamente a la mujer en edad fértil, niños, niñas y adolescentes. Para ello se planteó como propósito mejorar la atención integral de salud de la población objetivo, incrementando el parto institucional, la proporción de madres gestantes que reciben 6 controles y la calidad de atención.

El Proyecto contemplaba un financiamiento total de US\$ 5 000 000.00 de dólares americanos, de los cuales AECID aportaba, vía subvención € 3 000 000 de euros (equivalentes a US\$ 3 900 000.00) y la contraparte peruana US\$ 1 100 000.00; contrapartida valorizada sobre bienes y personal. El análisis financiero al final del proyecto mostró una subvención total de € 2.664 millones de euros, que representó US\$ 3.667 millones de dólares americanos (88.80% de lo planificado inicialmente).

Se consideraron 4 Resultados. El primero, buscó mejorar las condiciones de infraestructura, equipamiento y mobiliario médico e informático en 54 establecimientos de salud del primer nivel, 12 centros de salud y 42 puestos de salud. En infraestructura, fue dirigido a la adecuación y rehabilitación de 36 establecimientos de salud. El segundo, dirigido a capacitar personal



de salud en aspectos de prestación de servicios con enfoque de atención integral y gestión de los servicios en especial al personal con responsabilidad en la conducción de las políticas sanitarias locales. El tercero, dirigido a mejorar la gestión de servicios de salud, en el marco de la Atención Integral de Salud, resaltando la mejora de la capacidad de organización, mejora de la calidad, sistema de referencia y contra-referencia, uso de la ficha familiar e historia clínica por etapa de vida, sistema de escucha al usuario/a y optimización de los recursos logísticos y financieros. El cuarto, dirigido a la promoción de vida saludable en la población a través de acciones articuladas con el Gobierno Regional, Gobiernos Locales, líderes sociales, planteando como metas lograr acreditar como Municipios Saludables, Instituciones Educativas Saludables y Comunidades Saludables.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN FINAL

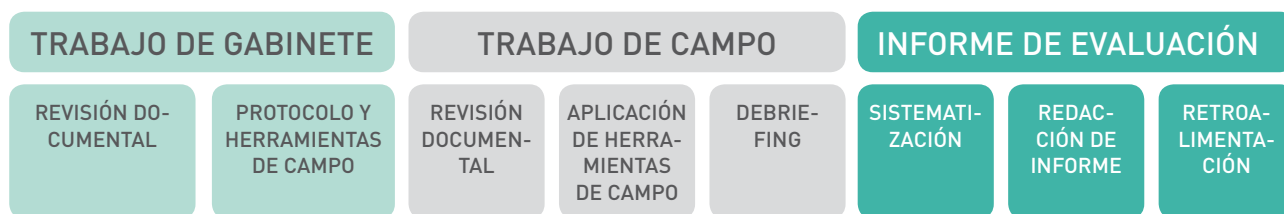
Los objetivos de la Evaluación Final del Proyecto son los siguientes:

- a. Valorar el grado de cumplimiento de los resultados y objetivos planteados en el Proyecto.
- b. Identificar aspectos, ya sea técnicos ó de gestión, de posible replicabilidad en futuras intervenciones.
- c. Fomentar la transparencia y la mutua rendición de cuentas.
- d. Elaboración de lecciones aprendidas.

DISEÑO Y DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN FINAL

La presente evaluación se desarrolló durante los meses de noviembre de 2011 y enero de 2012, siguió las etapas formuladas en la propuesta técnica.

- a. Trabajo de Gabinete:
 - i. Revisión Documental y Diagnóstico de la evaluación.
 - ii. Protocolo, Diseño de la Evaluación y Herramientas para el Trabajo de Campo.
- b. Trabajo de campo.
- c. Análisis de la información y redacción del informe final.



METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN FINAL

La presente evaluación fue cuali-cuantitativa para la Región Loreto; y sólo cualitativa para la Región Tumbes y el capítulo Lima.

El estudio cuantitativo se realizó mediante un estudio transversal de corte retrospectivo analizando fuentes secundarias; y otro prospectivo, que incluyó la revisión de historias clínicas (fuente primaria). Se analizaron 04 indicadores de Fin; 05 de Propósito y 10 de Resultado, al igual que en el estudio de Línea de Base. Para ello se elaboraron fichas técnicas para cada uno de los indicadores.

Para el estudio cualitativo se realizó una evaluación rápida (rapid appraisal procedure), para lo cual se realizaron 23 entrevistas en profundidad, 6 en Lima, 12 en Loreto y 5 en Tumbes. De las 23, 9 fueron funcionarios/as de AECID, del FONCHIP o del Proyecto, y las 14 restantes fueron funcionarios/as de gobierno o de la sociedad civil, buscando complementar y enriquecer los resultados encontrados en la revisión de gabinete de los documentos de fuente secundaria, de los análisis de las bases de datos y de las percepciones propias de los diversos actores sociales. El equipo evaluador elaboró una Guía de Entrevista en Profundidad la cual, previa revisión por el Comité de Ética en Investigación de la UPCH, fue debidamente validada por "juicio de expertos". No hubo dificultades para poder grabar las mismas, lo cual facilitó su transcripción para su posterior codificación y análisis por dos investigadores con experiencia en investigación cualitativa, por separado, utilizando el Atlas.ti.

Tomando como referencia los TdR de la Evaluación, los Manuales de Metodología de Evaluación de la Cooperación Española I y II y las recomendaciones acerca de la Eficacia de la Ayuda, el equipo evaluador incluyó los siguientes criterios de valor: pertinencia, coherencia, alineamiento, eficiencia, eficacia, sostenibilidad, apropiación y armonización; generándose



28 preguntas clave de evaluación agrupadas en los tres niveles de análisis (Diseño, Procesos, Resultados).

CONDICIONANTES Y LÍMITES DEL ESTUDIO REALIZADO

El proceso evaluador se vio condicionado por las siguientes limitaciones:

Temporales: El equipo estimó que los tiempos previstos para la evaluación fueron ajustados; lo cual fue evidente para las tres fases de la evaluación (de gabinete, de trabajo de campo y de redacción del informe). Un mayor tiempo hubiera permitido realizar mayor número de visitas a establecimientos de salud de los distritos del ámbito, comprobar la permanencia y uso adecuado, entre otras.

Del Momento de la Evaluación: El momento seleccionado, los últimos meses del año, incluye una serie actividades que condicionaron el trabajo: la proximidad de diversas celebraciones como Navidad y Año Nuevo, y reuniones nacionales de evaluación de intervenciones sanitarias con alta movilización del recurso humano encargado, por diversas razones como el cumplimiento de metas.

Consideraciones Metodológicas: En la fase de gabinete, se realizaron reuniones para reajustar la metodología de la evaluación a los TdR y las limitaciones presupuestales. Este tiempo de revisión y negociación limitó el tiempo para la ejecución de tareas propias de la fase de diseño.

Segundo, se analizó la conveniencia de la evaluación en cada uno de los ámbitos; puesto que existían diferencias en la ejecución de cada uno de ellos. Además, el estudio de Línea de base sólo involucró el capítulo Loreto, limitando el análisis de los posibles logros en los diferentes capítulos y sus actividades.

Tercero, la disponibilidad presupuestal, limitó realizar visitas para constatar las mejoras en infraestructura y en equipamiento en los establecimientos de salud, así como el correcto uso y permanencia de los mismos, en una muestra mayor de establecimientos beneficiarios del Proyecto.



Cuarto, existen limitaciones para evaluar el efecto de las capacitaciones del recurso humano en la calidad de atención y calidad de gestión luego de algún tiempo de realizadas, siendo dicho periodo mayor en el capítulo Tumbes; debido a la *“alta rotación de personal en los establecimientos de salud a nivel nacional”*:

Calidad de Información Documentaria: Se resalta el apoyo brindado por el Proyecto al facilitar la documentación existente. Sin embargo, ésta suele recoger aspectos técnico-operativos de la ejecución del Proyecto medidos a través de actividades y no mediante el monitoreo de indicadores de Fin (Objetivo General), de Propósito (Objetivo Específico) y Resultado, establecidos en la Línea de Base.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN FINAL

El PCHP 2007-2011 brindó un marco operativo estable y funcional para implementar iniciativas de cooperación bilateral entre Perú y España, destinado a afrontar la lucha contra la pobreza y a fortalecer procesos conducentes a una mayor gobernabilidad democrática en el Perú, en este contexto se implementó el Proyecto, descrito como una segunda fase del proyecto inicial desarrollado en Tumbes (PCHP 2002-2006).

El Proyecto gozó de cierta flexibilidad que permitió, de acuerdo a necesidades sentidas de la Región, incluir o excluir actividades que fueran acordadas entre las partes durante la fase de ejecución.

1. PERTINENCIA

El Proyecto guarda relación con los Lineamientos de Política señalados en el Plan Nacional de Salud 2007-2011 y con las prioridades de inversión en salud. Intervenir en la Región Loreto y dentro de ésta en los distritos priorizados fue una *“decisión política”* por parte de las autoridades del MINSA y de la DIRESA; y relacionado con las prioridades de la AECID. Desde una perspectiva de prioridades de desarrollo, ni Tumbes ni Loreto se encuentran dentro de las Regiones con menor valor de IDH, ni dentro de aquellas con mayor incidencia de pobreza extrema, ni como regiones priorizadas por la APCI. Sin embargo, se consideró Loreto, en función de las características de sus centros poblados, la diversidad de etnias y las limitadas



vías de comunicación (principalmente por río) que dificultan el acceso en todos los aspectos, tanto económico, educación y salud, que tienen que ver con el desarrollo.

El diseño y la propuesta del Proyecto (PRODOC) siguió un proceso de construcción participativo y amplio, que fue consensuado por la DIRESA y la Cooperación Española; y en el cual participaron profesionales y autoridades locales de los distritos de Iquitos y Nauta, a través de talleres cuyos resultados fueron sistematizados y utilizados como insumo para el PRODOC. Es así, que con todas las limitaciones que pueda tener un proyecto, la gran fortaleza ha sido que se generó a partir de las iniciativas de los propios actores de la Región.

2. COHERENCIA INTERNA

El análisis del PRODOC ha permitido constatar una suficiente coherencia interna basada en la correspondencia entre el Objetivo Específico y las Actividades propuestas para alcanzarlo, que enfocan la oferta; no siendo así con el Objetivo General que enfatiza la demanda. Las actividades de la oferta se señalaron en los resultados 1, 2 y 3, mientras que las de la demanda en el resultado 4. Esta débil articulación se opone a la teoría sobre los determinantes sociales en salud, que evidencia que la sola mejora de la oferta en salud no necesariamente produce bienestar en la población. Según la metodología de Marco Lógico, la consistencia es apropiada cuando se analiza desde la perspectiva de la oferta, pero no cuando incorpora en el análisis la demanda.

El PRODOC se elaboró en base a una estructura que permitiría realizar un adecuado seguimiento de todos los indicadores del Proyecto, lo cual no siempre ocurrió; pues a través de los Informes de Seguimiento se evidencia que no existió un apropiado seguimiento de los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado; excepto en el año 2008.

Se observa un riesgo al dimensionar en forma elevada ciertas actividades, especialmente de la oferta, cuando el Objetivo General está sobre la demanda, pero éste depende del logro agregado de los resultados del Proyecto. En tal sentido, para el Resultado 4 “Adecuada participación de las redes sociales y del gobierno regional y local en la reducción de los riesgos de los otros determinantes de la salud” sólo se programó 16.78% del presupuesto y se ejecutó sólo 12.77%.



Los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultados se encuentran parcialmente desarticulados de las Actividades, ya que como parte de una mejor articulación hubiera sido necesaria la programación de actividades o tareas específicas y un acompañamiento permanente que promueva el cambio de comportamiento en la población meta establecida para cada indicador.

Por otro lado, el PRODOC combina una definición operacional parcial de los indicadores con las metas, sin separar éstas por ámbitos geográficos. En la definición de metas como variación de porcentajes sobre la medición de Línea de Base, implícitamente se trabaja con los promedios negando la existencia de muestras e intervalos de confianza; así como diferencias por regiones.

El nivel de monitoreo del cumplimiento de los indicadores fue realizado semestral y anualmente para los indicadores de Actividades (indicadores del 19 al 72), no así para los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado, excepto en el informe del 2008. Más aun, llama la atención que en las programaciones anuales no se hayan establecido actividades que de manera directa ayuden al logro de ciertos indicadores, especialmente en el caso de actividades que no son realizadas habitualmente por la DIRESA ni por el MINSA, como es el caso del indicador de FESP o adolescentes de riesgo con atención integral en salud.

Se encontró una insuficiente programación y cumplimiento en las actividades que implicaban seguimientos de largo plazo, como las investigaciones, documentos de gestión (ROF, MAPRO).

3. COHERENCIA EXTERNA

Existe coherencia entre el Proyecto y las prioridades sectoriales de la Cooperación Española, encontrando correspondencia entre las intervenciones y los objetivos y líneas estratégicas establecidas en el DEP 2005-2008. También existe coherencia con las prioridades internacionales manifestadas en los ODM, las Declaraciones de Roma y París, y la Agenda de acción de Accra.

Basados en los documentos estratégicos de la Cooperación Española, aparentemente no hubo una incorporación explícita de las prioridades horizontales relacionadas con sostenibilidad ambiental y diversidad cultural, ya que no se programaron actividades, ni se destinó presupuesto para el desarrollo de estas prioridades.



4. APROPIACION

Hubo una activa participación del personal de las DIRESA y del MINSA desde inicios del Proyecto: en coordinaciones y reuniones con población local y autoridades para definir sus necesidades de salud, en la sistematización de dicha información, en la elaboración de los TdR para elaborar el PRODOC y su aprobación; así como en la elaboración de los POA y los informes de seguimiento semestrales y anuales. Asimismo, en la elaboración de los planes mensuales, recibiendo retroalimentación semanal del cumplimiento de sus actividades programadas, convirtiéndose en actores directos del Proyecto. Con todo, la participación activa directa de las DIRESA en el proceso de socialización de los resultados es un elemento a mejorar en futuras intervenciones.

La descentralización favoreció una mayor apropiación del Proyecto por parte de los funcionarios/as de las DIRESA, lo cual permitió un mayor entendimiento de la dinámica de la cooperación por parte de la DIRESA y el Gobierno Regional. También favoreció la inclusión de iniciativas que respondan a necesidades Regional, el apalancamiento de recursos y la sostenibilidad de la intervención. Así, se contó con asistencia técnica para: el *Plan Tseta Tana Aipa*, la propuesta de establecimientos de salud I-1 para el ámbito rural de la Amazonía utilizando material de la zona, y la propuesta de sueldos diferenciados para personal de salud en los ámbitos alejados.

La comunidad, líderes y autoridades locales, profesionales de salud, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales del ámbito fueron quienes participaron en talleres para definir las necesidades locales. Durante la ejecución del Proyecto también participaron como miembros de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza en Loreto.

5. ARMONIZACION

La coordinación con otros proyectos del PCHP 2007-2011 fue mínima, excepto para coordinaciones para una administración común con el programa de educación bilingüe. Tampoco se constató la interacción y sinergia con otros proyectos del PCHP 2007-2011; ni en los Planes de Seguimiento ni en los Planes Operativos Anuales.



A nivel local se coordinaron iniciativas puntuales con proyectos o intervenciones de cooperación internacional, evidenciadas en apoyos mutuos para la realización de actividades; por ejemplo, con el proyecto “Control de la Malaria en las zonas fronterizas de la Región Andina: Un enfoque comunitario” (PAMAFRO), financiado por el Fondo Mundial en Loreto; con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas en Loreto en el marco del *Plan Tseta Tana Aipa*; y con el Proyecto de Eliminación de Cisticercosis, proyecto financiado por la Fundación Gates en Tumbes.

6. EFICIENCIA

La modalidad de administración del Proyecto fue por equipos administrativos en cada capítulo del Proyecto, supervisados por el FONCHIP que autorizaba los desembolsos desde sus cuentas a las cuentas operativas de los proyectos y ejercía el control y seguimiento de los justificantes de gasto e informes económicos. Esta estructura de administración se contrapone a lo establecido en la Declaración de París, donde se propone evitar sistemas administrativos paralelos al del país.

El nivel de ejecución financiera global fue adecuado, mayor al 90% de lo programado inicialmente. Este porcentaje fluctuó entre 104.93% para el Resultado 3 y 71.24% para el Resultado 4. En el primer año, la ejecución presupuestal fue inferior al 50% de lo programado para todos los Resultados, luego de lo cual se incrementó; pese a ello hubo una extensión del Proyecto hasta el año 2011 para culminar las actividades y lograr una ejecución adecuada. La contratación del personal administrativo durante el año de extensión del Proyecto, no irrogó un mayor costo administrativo para el Proyecto (97.49% de de ejecución del gasto programado).

Se programaron más actividades anuales que las establecidas en el PRODOC. Problemas de aceptación fueron una de las causas del problema; p.ej. en la actividad 3.1 que corresponde al estudio de línea de base, se cambia simplemente por estudio, programándose 13 estudios a lo largo del Proyecto. Esta elevada programación se observó en los Resultados 1, 3 y 4; más no en las que implicaban mayor seguimiento y toma de decisiones por autoridades locales como las relacionadas a documentos de gestión o investigación. El porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas ha sido variable, y fue relativamente bajo especialmente en las actividades que requieren mayor desarrollo y seguimiento como: el Desarrollo y aplicación



de instrumentos de Gestión, las investigaciones operativas o el trabajo para municipios o instituciones educativas saludables.

Hubo un alto grado de correspondencia entre los recursos invertidos y las actividades realizadas. Los recursos fueron destinados a las actividades tal como fue programado en el PRODOC de manera anual y mensual, así como a otras actividades acordadas y aprobadas durante la ejecución del Proyecto. Se aceptaron nuevas propuestas como el modelo de EESS nivel I-1, el *Plan Tseta Tana Aipa*, y que fueron cumplidas; mientras que otras no fueron aceptadas, como la creación de centros modelo de atención para la capacitación del personal local.

En el marco de la transparencia, se debe conocer la ejecución del presupuesto de la cooperación internacional y de la contraparte nacional, establecidos en el PRODOC. Sin embargo, los informes semestrales y anuales permitían conocer los avances en la ejecución presupuestaria del Proyecto, pero sólo del presupuesto de la cooperación, más no de la contrapartida, pese a que el Manual de Procedimientos de la Cooperación Técnica Internacional (RS N° 450-84-RE) requiere de ambos.

7. EFICACIA

Las acciones realizadas por el Proyecto han contribuido a mejorar la cantidad y calidad en la prestación de los servicios y ello se traduce en un aumento de la demanda, pasando de 67 310 atenciones en el 2007 a 1 027 319 en el 2010. Este aumento de atenciones también está vinculado al aumento de la cantidad de profesionales de salud en los establecimientos de salud del ámbito, motivados como consecuencia del desarrollo de los programas de capacitación.

La calidad de atención de los EESS fue analizada mediante la satisfacción del usuario como proxy. Se realizaron estudios en varios establecimientos de salud en el ámbito del Proyecto. Los porcentajes de satisfacción del usuario/a fueron mayores al 50%, sin encontrar diferencias significativas en las mediciones posteriores ni alcanzar la meta.

El Proyecto incorporó, de manera implícita, el enfoque de género en la identificación, formulación y ejecución de esta intervención, evidenciado en algunas actividades con presupuesto correspondiente; tales como actividades de género en el Resultado 4 (Fomento



de la ciudadanía, participación de la comunidad y sociedad civil sensibilizadas y fortalecidas en torno a la salud, los DD.HH. y género, y proyectos de intervención en políticas de Igualdad de oportunidades y Equidad de género).

El análisis de la ejecución presupuestal por cumplimiento de actividades fue bajo en los dos primeros años (2007-2008), con algunas excepciones: estudio de Línea de Base (ejecución: física 100%, presupuestal 17.90%) y Apoyo al Desarrollo de Estrategias Nacionales, Atención de Emergencias y Desastres (ejecución física: 100%, presupuestal 91.21%) así como los gastos de gestión del Proyecto. Estos porcentajes se incrementaron significativamente en los años siguientes lo cual permitió alcanzar elevados porcentajes en la ejecución de actividades y presupuestal.

Pese a los esfuerzos desarrollados por el Proyecto no se ha logrado un aumento de prácticas preventivas en gineco-obstetricia (salud materna); se señala un aumento no significativo en la tendencia de gestantes controladas, pasando de 53.70% (IC95%: 43.41-63.67%) en el 2007 a 60.85% (IC95%: 52.03-69.01%) en el 2010. En el caso de los distritos del ámbito del Proyecto también se observa este discreto incremento entre los años 2007 al 2009, disminuyendo en el año 2010, ambos no significativos.

En relación a las prácticas preventivas en pediatría, no se ha registrado un aumento en la atención de CRED. En el caso de la desnutrición crónica en los distritos del ámbito del Proyecto, se observa una disminución entre el 2007 y los años posteriores sin que ésta sea significativa. En la cobertura en inmunizaciones, se evidencia un comportamiento irregular en las coberturas de inmunizaciones; de APO, DPT/Penta, SPR y AMA. Por tanto, el Proyecto no ha tenido un efecto directo en la disminución de riesgos mediante aumento de prácticas preventivas en pediatría (salud infantil).

El análisis de los **indicadores de Fin**, muestra que se mantienen las tendencias registradas previas al Proyecto. Pese a demostrarse que las tendencias se aproximan a las metas propuestas, éstas no son alcanzadas. Tampoco se encuentran diferencias significativas en el periodo.

En relación a los **indicadores de Propósito** se observa una tendencia al aumento de Cobertura de Parto Institucional, de la Cobertura de Gestantes Controladas y de la Proporción de Establecimientos de Salud que brindan atención de calidad en Salud, sin alcanzar la meta.



Mientras que el incremento en la Proporción de niños/as que reciben AIEPI, y la Proporción de adolescentes que reciben Atención Integral de Salud fue mínimo.

En relación a los **indicadores de Resultado**, se observó que sólo se alcanzó la meta en 40% de los mismos (4/10). Estos indicadores fueron los relacionados con: Equipamiento necesario según su nivel de resolución de los EESS; Personal de salud capacitado en los protocolos médicos para la atención de la madre, niño/a y adolescente; Instituciones Educativas Saludables; y Redes Sociales Operativas. Aunque este porcentaje aumentaría si se considera los Municipios Saludables, pues la evaluación de la DIRESA se realizó basada en el cambio de la norma nacional.

8. ALINEAMIENTO

Desde la concepción del Proyecto, se tuvieron en cuenta las políticas, estrategias y programas de desarrollo del Estado Peruano desde el nivel nacional, regional y local.

Asimismo, el Proyecto está alineado con los ODM. En concordancia con ello, se observa una disminución de la mortalidad materna y mortalidad infantil, persistiendo un largo camino por recorrer. También se observa que ha aumentado la proporción de gestantes controladas (≥ 6 controles prenatales) en el ámbito seleccionado, pero aún persisten los altos niveles de embarazo en adolescentes.

Por otro lado, no existen convenios ni acuerdos inter-agenciales relacionados al Proyecto; sin embargo, se reconoce la asistencia técnica del Proyecto para la consolidación del Programa Conjunto impulsado por las Naciones Unidas. Además, el *Plan Tseta Tana Aipa* impulsó un espacio inter-agencial entre el Gobierno Regional de Loreto, Gerencia de Desarrollo Social, UNICEF, Programa Conjunto, OPS, Oficina de Cooperación Internacional.

9. SOSTENIBILIDAD

Desde su diseño, implícitamente se buscó promover la sostenibilidad en los capítulos del Proyecto, pues la programación y ejecución de actividades fueron realizadas por el propio funcionariado de ambas DIRESA y del MINSA, buscando articular sus actividades a las de las Regiones intervenidas. Sin embargo, con la información disponible, se infiere que en el Proyecto el tema de la sostenibilidad no ha sido abordado de manera prioritaria sobre la propia



ejecución de las actividades, de tal manera que no se dispone de garantías que permitan asegurar la continuidad de procesos y la perdurabilidad de los resultados alcanzados, pese a existir diversas estrategias reconocidas en la literatura y experiencia internacional.

Es así que en Tumbes, como consecuencia del cambio de autoridades luego de los procesos electorales, la sostenibilidad de las intervenciones y de los avances logrados con los procesos se perdió. En Loreto, se deberá esperar a analizar cuál es el efecto luego de los futuros procesos electorales.

El Proyecto ha permitido al equipo de gestión de la DIRESA mejorar las prácticas habituales en cuanto a la programación y monitoreo permanente de sus actividades. Finalmente, el desarrollo de capacidades a través del Proyecto puede permitir que el personal que participó en las capacitaciones aplique y transmita lo aprendido.

La descentralización favoreció una mayor apropiación del Proyecto por parte del funcionariado de las DIRESA, lo cual permitió un mayor entendimiento de la dinámica de la cooperación por parte de la DIRESA y del Gobierno Regional. También favoreció la inclusión de iniciativas que respondan a necesidades Regionales.

RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN FINAL

PERTINENCIA

- a. Todo proyecto debe establecer explícitamente los criterios que son considerados para la decisión sobre la Región a intervenir, independiente de la fuente de Cooperación Internacional, o de que esta decisión sea tomada por las autoridades del país receptor, o por tradición del cooperante.

COHERENCIA INTERNA

- b. La adecuada ejecución de un Proyecto está determinada por la coherencia interna en su contenido, en el árbol de problemas y árbol de objetivos, en el marco lógico y sus indicadores. Analizando en detalle el PRODOC, se deben señalar algunos elementos que hubiesen permitido mejorar la ejecución del mismo. Primero, la mejora en la oferta no implica necesariamente mejoras en la demanda; el árbol de problemas y árbol de objetivos establecen como consecuencia la mejora en el estado de salud



de la población como resultado de las mejoras en infraestructura y en la calidad de atención producida por las capacitaciones de recursos humanos.

- c. En la construcción del PRODOC es recomendable definir no sólo los Resultados, sino las Actividades y tareas (también llamadas sub-actividades) que deben ser desarrolladas durante la ejecución del Proyecto. Ello permitiría mayor eficiencia y eficacia del Proyecto, evitando mezcla de actividades y sub-actividades, entre otras y optimizando el seguimiento.
- d. Es recomendable que para cada uno de los indicadores a ser seleccionado, se elaboren fichas técnicas individuales que incluyan las siguientes características para su seguimiento: (a) Nombre de Indicador. (b) Definición de Indicador. (c) Propósito del indicador (d) Cálculo del indicador (e) Supuestos. (f) Niveles de desagregación. (g) Representatividad. (h) Frecuencia de medición. (i) Fuentes de información y (j) Valor basal.
- e. La programación y/o ejecución de actividades no establecidas inicialmente por el Proyecto, como el *Plan Tseta Tana Aipa* o la propuesta de un modelo de establecimiento de salud nivel I-1 para el ámbito rural de la Amazonía, o el apoyo durante el brote de dengue, debería ir precedido de la elaboración y aprobación de enmiendas o adendas al Proyecto, lo cual genera transparencia.
- f. Para las actividades de monitoreo y evaluación, se recomienda que se realice un seguimiento y reporte de la totalidad de indicadores, y no solamente de los indicadores de Actividades. El reporte de los indicadores de Fin (Objetivo General), de Propósito (Objetivo Específico) y de Resultado puede realizarse en periodos más prolongados, dado que el cambio generado toma un tiempo más largo.
- g. Establecer Mediciones periódicas (Línea de Base, Evaluación y Medición Intermedia y Evaluación y Medición Final), para lo cual se debe contar con un presupuesto adecuado, que permita medir el efecto del Proyecto y repensar actividades para el logro de los indicadores planteados; así como decisiones para un cambio de rumbo si fuera necesario.



COHERENCIA EXTERNA

- h. En el marco de la Declaración de París, se debe promover de manera explícita la coordinación, estimulando la interacción y sinergia, con otros proyectos de la Cooperación Internacional, en este caso especialmente con otros proyectos de la Cooperación Española; lo cual puede incluso contribuir a un mejor aprovechamiento de los recursos, al generarse actividades compartidas.
- i. Basados en la Declaración de París, que propone evitar sistemas administrativos paralelos, se recomienda estimular sistemas administrativos nacionales del país receptor que promuevan la eficiencia y eficacia de la Cooperación Internacional.

APROPIACION

- j. Para facilitar una mayor apropiación del Proyecto y de las herramientas de gestión y administración, se debe promover una participación activa de personal de las DIRESA y del MINSA desde los inicios de la elaboración del Proyecto, así como durante la elaboración y presentación de los informes de seguimiento.

EFICIENCIA

- k. El seguimiento financiero y los informes de gestión deben permitir conocer los avances en la ejecución presupuestaria total del Proyecto, tanto del presupuesto de la cooperación como de la contraparte, tal como lo establece el Manual de Procedimientos de la Cooperación Técnica Internacional (RS N° 450-84-RE) del 12 septiembre de 1984. La transparencia de los fondos de contraparte nacional podría haber comprometido a la DIRESA; por ejemplo, a promover el mantenimiento de los establecimientos de salud, por sobre lo establecido en el Proyecto. En el caso del Proyecto sólo hubo seguimiento financiero de la cooperación internacional.

EFICACIA

- l. Para aquellos indicadores formulados sobre actividades o resultados que no son parte de la práctica habitual de las DIRESA o de los establecimientos de salud, o que impliquen cambios en la cultura organizacional de una institución, se requiere la inclusión de actividades/tareas específicas que permitan alcanzar la meta establecida; o en caso contrario, se debe evaluar la pertinencia de mantener el indicador o retirarlo. Ejemplo de ello, en el caso del Proyecto, son las Funciones Esenciales



en Salud Pública (FESP), Atención Integral del Adolescente, y el mantenimiento frecuente de los establecimientos de salud.

SOSTENIBILIDAD

- m. En el entendido que una de las riquezas de los proyectos de la cooperación internacional es garantizar su sostenibilidad luego de la culminación de los mismos, se deben establecer mecanismos prácticos que permitan el empoderamiento por parte de la oferta y de la demanda en salud. Un ejemplo es la participación en espacios multisectoriales que trasciendan del proyecto, como son las Mesas de Concertación u otras instancias que busquen generar consenso.
- n. El modelo arquitectónico desarrollado por el Proyecto (establecimiento I-1), es una iniciativa que debería continuar para las otras categorías de establecimientos de salud, de manera que se pueda contar con establecimientos de salud técnicamente apropiados y con adecuación a la realidad amazónica. Ello debe permitir mejorar la calidad de la infraestructura sanitaria en la Amazonía Peruana, con la utilización de material de la zona y disminución de los costos de construcción.

LECCIONES APRENDIDAS DE LA EVALUACIÓN FINAL

1. El diseño de todo Proyecto de Cooperación Internacional debe adecuarse a un marco lógico construido de manera participativa de forma tal que se pueda garantizar su alineamiento y coherencia con los lineamientos internacionales de cooperación internacional (París, Roma, Accra), con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con los lineamientos y políticas nacionales, respondiendo a las necesidades específicas de los ámbitos seleccionados.
2. Todo proyecto debe guardar coherencia con el conocimiento sanitario mundial, nacional, regional y local. Para el caso específico del Proyecto implica reconocer la racionalidad de los determinantes sociales en salud y su implicancia en el bienestar de la población. Ello también implica seleccionar indicadores y sus metas específicos para cada Región que sean factibles de ser alcanzados y que cuenten con programación de actividades específicas para tal fin.



3. La instauración de mecanismos fuertemente participativos, donde las autoridades de la contraparte nacional sean socios activos y no sólo autoridades con responsabilidad de realizar seguimiento o aprobación de actividades específicas o informes; permiten la apropiación por parte de la contraparte nacional y por ende su sostenibilidad.



1

INTRODUCCIÓN

Durante el 2011, la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) han buscado identificar las acciones para la siguiente programación de la Comisión Mixta. Siguiendo lo contemplado en el Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012, este proceso coincidiría a su vez, con la elaboración del nuevo Marco de Asociación con Perú, documento que orientará el accionar de todos los actores de la cooperación para el siguiente ciclo de planificación; siendo indispensable y prioritario para la planificación de intervenciones del nuevo Programa de Cooperación Hispano Peruano, contar con información relevante sobre los resultados que se han alcanzado en el período 2007-2011.

En este contexto de finalización de un ciclo de cooperación y planificación del siguiente, la APCI y AECID consideraron conveniente realizar una evaluación final de cada una de las intervenciones que han formado parte del PCHP 2007-2011, no sólo como ejercicio de transparencia, sino también para extraer lecciones aprendidas de lo actuado, de las relaciones entre los principales socios de desarrollo; así como valorar el grado de cumplimiento de los resultados y objetivos planteados en el Proyecto, el alcance de los logros, así como las debilidades, limitaciones y dificultades encontradas en el proceso e identificar aspectos, ya sea técnicos o de gestión de posible replicabilidad en futuras intervenciones.

Según acuerdo, en la X Reunión del Comité Paritario del 9 de febrero de 2011, se elaboró un Plan de Evaluación del Programa de Cooperación Hispano Peruano (PCHP) con dos niveles: un nivel general en el que se aborda la evaluación del Programa de Cooperación Hispano-Peruano como un todo, y otro nivel más específico que contempla la evaluación de cada una de las intervenciones. La presente evaluación tiene relación directa con el nivel específico,



pues evalúa el Proyecto **Fortalecimiento Institucional del Sector Salud en Loreto y Tumbes (Proyecto)**, que forma parte del PCHP.

Es así que, la evaluación que se plantea no surge por tanto de un mandato reglamentario o normativo, sino que corresponde a la propia iniciativa de la Oficina Técnica de Cooperación (OTC) - AECID Perú de cara a una mejora de su desempeño y del interés de la APCI en el resultado y sostenibilidad de las intervenciones que se realizan en el país.

El Proyecto tuvo como Objetivo Específico “mejorar la atención integral de salud de la mujer, niño/a y adolescente y su familia con enfoque de género, interculturalidad y derechos en las zonas urbanas, urbano marginales, periurbanas y rurales con problemas de exclusión y factores de riesgo”. Se inició en el año 2007 y culminó en el año 2011, con una adenda al Documento de Proyecto (PRODOC).

Este Proyecto constó de tres capítulos de intervención: las regiones de Loreto y Tumbes, así como el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), en Lima. En Loreto y Tumbes la intervención estuvo dirigida a atender las poblaciones más pobres, vulnerables y excluidas, específicamente a la mujer en edad fértil, niños, niñas y adolescentes. Para ello se planteó como propósito mejorar la atención integral de salud de la población objetivo, incrementando el parto institucional, la proporción de madres gestantes que reciben ó controles y mejorar la calidad de la atención.

Durante la Evaluación, se busca establecer si el Proyecto, desde su diseño hasta su ejecución, contribuyó al fortalecimiento institucional de la gestión de los servicios públicos de salud y la mejora del bienestar de las personas de las zonas urbanas, urbano-marginales y rurales de los distritos del ámbito de la Región Loreto, con énfasis en la mujer, niño/a y adolescente, así como dar continuidad a lo desarrollado durante el programa anterior en Tumbes. Del mismo modo, se trata de conocer la eficiencia del Proyecto en la gestión y ejecución de los recursos a partir del análisis de los procedimientos y los mecanismos institucionales que permita revelar los factores de éxito y las limitaciones del Proyecto como herramienta de cooperación.

El presente documento presenta los resultados de la Evaluación Final del Proyecto **Fortalecimiento Institucional del Sector Salud en Loreto y Tumbes**, periodo 2007-2011; que se ejecutó entre noviembre y diciembre de 2011.



1.1 ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO

Antecedentes

El Proyecto “Fortalecimiento Institucional del Sector Salud en Loreto y Tumbes” se inició en el 2007 y finalizó en 2011; constó de tres capítulos de intervención y tuvo como ámbitos de intervención las regiones de Loreto y Tumbes, y el Ministerio de Salud sede central, a través de la DGSP. En Loreto y Tumbes la intervención estuvo dirigida a atender las poblaciones más pobres, vulnerables y excluidas, específicamente a la mujer en edad fértil, niños, niñas y adolescentes. Se propuso contribuir a disminuir la mortalidad materna, mortalidad infantil y los riesgos frecuentes de la población adolescente además de fortalecer la gestión y el sistema público de salud, aportando soluciones para la mejora de la salud y la reducción de la pobreza.

El Proyecto contemplaba un financiamiento total de US\$ 5 000 000.00 de dólares americanos, de los cuales AECID aportaba, vía subvención € 3 000 000 de euros (equivalentes a US\$ 3 900 000.00) y la contraparte socia peruana US\$ 1 100 000.00, siendo esta contrapartida valorizada sobre bienes y personal. El análisis global del Proyecto muestra que se recibieron € 2 664,048.00 euros de subvenciones de la AECID, que según los tipos de cambio han representado US\$ 3.667 millones de dólares americanos, representando el 94.03% de lo planificado (Tabla 05).

El *Capítulo Tumbes* supuso una segunda etapa de un primer proyecto ejecutado entre el inicio de 2003 a junio de 2007; la cual fue concebida como una ampliación del periodo de ejecución del primer proyecto para consolidar la ejecución de las actividades realizadas; fue ejecutado entre julio de 2007 y diciembre de 2008. Durante ese tiempo, se cumplió con la transferencia de los bienes y de la documentación respectiva resultado de la primera fase; actividades administrativas que concluyeron en marzo de 2010. Durante el primer trimestre del año 2010, se elaboró, editó y presentó el Informe Final del Proyecto de intervención en la Región Tumbes.

El *Capítulo Lima - MINSA* a través de la DGSP, desarrolló actividades para su fortalecimiento, como ente que asume la rectoría en salud, a través de actividades de infraestructura, equipamiento y mobiliario de oficina; así como actividades de fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, en aspectos de gestión.



El *Capítulo Loreto* constituye el capítulo principal del Proyecto y en el cual se centra la evaluación. Su ámbito de intervención se circunscribe a la población pobre de los distritos de Punchana, Iquitos, Belén, San Juan Bautista, Nauta y Parinari con una población de referencia de 239,949 habitantes. En este capítulo, el Proyecto estuvo dirigido a mejorar el bienestar de las personas y específicamente al niño/a, madre y adolescentes en condiciones de pobreza y mayor riesgo de desnutrición, mortalidad infantil, mortalidad materna y embarazo en adolescentes.

Para tal efecto se planteó como propósito, mejorar la atención integral de salud de la población objetivo, incrementando el parto institucional, la proporción de madres gestantes que reciben 6 controles, y mejorando la calidad de atención. Se planificaron cuatro Resultados:

El Resultado 1, dirigido a mejorar las condiciones de infraestructura, equipamiento y mobiliario médico e informático en los 54 establecimientos de salud del primer nivel, desagregados en 12 Centros de Salud y 42 Puestos de Salud. Respecto a infraestructura, dirigido a la adecuación y rehabilitación de 36 establecimientos de salud.

El Resultado 2, dirigido a la capacitación del personal de salud en aspectos de prestación de servicios con enfoque de atención integral y la gestión de los servicios en especial al personal con responsabilidad en la conducción de las políticas sanitarias locales.

El Resultado 3, dirigido a la mejora de la gestión de los servicios de salud, en el marco de la Atención Integral de Salud, resaltando la mejora de la capacidad de organización, mejora de la calidad, sistema de referencia y contra-referencia, uso de la ficha familiar e historia clínica por etapa de vida, sistema de escucha al usuario/a y optimización de los recursos logísticos y financieros.

El Resultado 4, dirigido a la promoción de vida saludable en la población a través de acciones articuladas en el Gobierno Regional, Gobiernos Locales, líderes sociales, planteando como meta lograr acreditar como Municipios Saludables, Instituciones Educativas Saludables y Comunidades Saludables.



Objetivos de la Evaluación Final

Los objetivos de la Evaluación Final del Proyecto son los siguientes:

- a. Valorar el grado de cumplimiento de los resultados y objetivos planteados en el Proyecto.
- b. Identificar aspectos, ya sea técnicos ó de gestión, de posible replicabilidad en futuras intervenciones.
- c. Fomentar la transparencia y la mutua rendición de cuentas.
- d. Elaboración de lecciones aprendidas.



2

DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE LA EVALUACIÓN Y SU CONTEXTO

2.1 DEL CONTEXTO

El Convenio Marco de Cooperación entre el Reino de España y la República de Perú es el marco general que rige las relaciones de cooperación entre estos dos países. Se firmó el 6 de julio de 2004 *“con el objeto de promover e impulsar la cooperación entre ambos países, mediante la formulación y ejecución de estrategias, programas y proyectos en áreas de interés común, dirigidas a la promoción del desarrollo humano y la erradicación de la pobreza, de conformidad con las prioridades establecidas en sus respectivas políticas de desarrollo”*. Por ende es el convenio que rige sobre el Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud, contando además con una serie de documentos clave de ámbito nacional e internacional que completan su marco normativo y estratégico, como la Declaración del Milenio (Cumbre del Milenio, Nueva York, septiembre 2000), Declaración de Roma (I Foro Alto Nivel sobre Armonización de la Ayuda, Roma, febrero 2003); Declaración de París (II Foro Alto Nivel sobre Armonización y Alineamiento, París, febrero y marzo 2005); Agenda de Acción de Accra, (III Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda, Accra, septiembre de 2008).

Dentro del Marco Normativo Peruano están el Decreto Legislativo nº 719 – Ley de Cooperación Técnica Internacional, la Ley de Creación de la APCI y la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional, septiembre 2006. El Marco Normativo Español incluye la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo 1998; Ley General de Subvenciones, 38/2003; Real Decreto 794/2010 por el que se regulan las subvenciones y ayudas en el ámbito de la cooperación internacional. Ellos a su vez generan documentos estratégicos como los Planes Anuales de Cooperación Técnica Internacional 2006, 2007-2008, 2009 y 2010, en el Perú. En el caso de España, el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, el Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012, el DEP (Documento Estrategia País) Perú 2005-2008.



Dos de ellos (La Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional de la República del Perú y el II Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008) han ejercido significativa influencia sobre la planificación del PCHP 2007-2011.

La Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional (PNCTI), marca los ejes estratégicos a los que la Cooperación Internacional No Reembolsable debe alinearse para complementar las labores del Estado Peruano; y es con el que debía de concordar el Proyecto. Los cuatro ejes estratégicos del PNCTI¹ son:

1. *“La seguridad humana, mediante el desarrollo de una red de protección social que resguarde el capital humano en situación de riesgo. Asimismo, al asegurar el acceso universal al agua potable, saneamiento y servicios e infraestructura básica; y al eliminar toda clase de exclusión y discriminación.*
2. *La institucionalidad, al lograr un Estado democrático, transparente y eficiente, al garantizar el acceso universal a la justicia y asegurar la paz y al apoyar el proceso de descentralización.*
3. *El desarrollo humano, al asegurar el acceso universal a una educación de calidad y al mejorar la salud y nutrición de la población para garantizar una vida activa y saludable.*
4. *La competitividad sostenible, vía la promoción de la competitividad nacional y al asegurar oportunidades laborales justas para todos, al garantizar el uso sostenible de los recursos naturales y la protección del medio ambiente, al desarrollar la ciencia y tecnología en el país y al fortalecer la integración del Perú al mercado mundial.”*

Por su parte el III Plan Director de la Cooperación Española (PDCE) 2005-2008², es el documento estratégico de *“planificación cuatrienal que determina las líneas generales y directrices básicas, señalando objetivos y prioridades y avanzando los recursos presupuestarios indicativos para ese periodo”*. El III PDCE, que fomentaba el cambio de una política de ayudas a una política de desarrollo, otorgó al Perú el estatus de país prioritario para la cooperación española, lo cual se corroboró en el documento de Estrategia País 2005-2008.

1 Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional, Lima, 2006.

2 III Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, Madrid, 2005.



Instituciones Responsables e Instancias de Coordinación

Las instituciones responsables de la gestión del PCHP 2007-2011 fueron: La AECID y la APCI. Estas instituciones se apoyan en el FONCHIP (Fondo de Cooperación Hispano Peruano), asociación privada sin fines de lucro, regida por las leyes peruanas, y constituida de mutuo acuerdo entre las instituciones españolas y peruanas de cooperación. La máxima autoridad del FONCHIP es la Junta de Representantes y está formada por el Ministerio de Relaciones Exteriores y la APCI por la parte peruana y por la Embajada de España y la AECID en Perú por la parte española. Esta institución, beneficiaria de las subvenciones provenientes de fondos AECID y destinadas al Proyecto, mantiene abiertas cuentas bancarias por cada subvención recibida.

Se consideran como las instancias superiores de coordinación, seguimiento y evaluación de los proyectos del Programa a:

- **Comisión Mixta:** Instancia política de coordinación de más alto nivel, está formada por una delegación de cada uno de los países y se reúne cada cuatro o cinco años, de manera alternada en Perú y España.
- **Comité Paritario de Evaluación y Seguimiento:** Mecanismo de seguimiento y evaluación del Programa, proyectos y acciones comprendidas en el CMCRERP, en el marco de los acuerdos adoptados por la Comisión Mixta. Está formado por un mínimo de dos representantes de alto nivel de cada una de las administraciones de Cooperación Internacional de los dos países.
- **Comité Directivo del FONCHIP:** Formado por un representante de la APCI, uno de la AECID y por el director del FONCHIP, los dos primeros forman la Secretaría Técnica del FONCHIP. Se reúne semanal o quincenalmente para llevar un seguimiento del PCHP, particularmente los administrativos, y es en este espacio donde se toman buena parte de las decisiones operativas del PCHP.

2.2 DEL OBJETO DE LA EVALUACIÓN

La intervención Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud – Loreto y Tumbes, incluida en el eje Cohesión Social dentro del Sector Necesidades Sociales: Educación, Salud



y Seguridad Alimentaria, es considerada por la Evaluación del PCHP³ como una intervención en segunda fase; pese a que en nuestra opinión esta es una intervención diferente que mantiene características del Proyecto previo y da continuidad a lo desarrollado en Tumbes por un corto periodo 2007-2008. **Es uno de los más de 6 proyectos ejecutados en la Región Loreto.**

Considerando los € 2,664,048 de euros desembolsados, siendo el aporte de la Cooperación Española de € 46.619.269 para el PCHP 2007-2011, éste representa el 5.71%.

3 Hernández Latas C, Peris-Mencheta Barrio J. Informe de Evaluación del Programa de Cooperación Hispano Peruano - PCHP 2007/2011. 122pp.

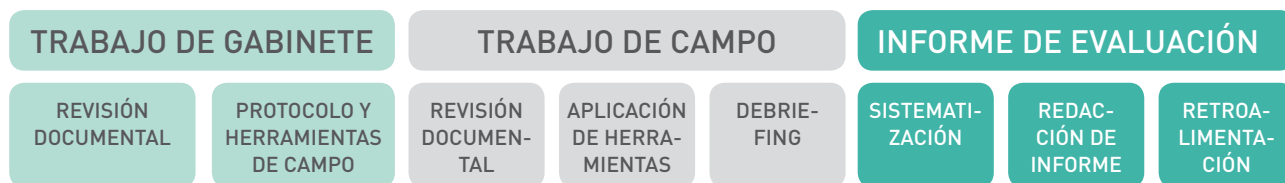


3

DISEÑO Y DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

La presente evaluación, que se desarrolló durante los meses de octubre de 2011 y enero de 2012, siguió las etapas formuladas en la propuesta técnica. Tal como lo establecen los Términos de Referencia (TdR), el trabajo se articuló en las siguientes etapas:

- d. Trabajo de Gabinete:
 - i. Revisión Documental y Diagnóstico de la evaluación.
 - ii. Protocolo, Diseño de la Evaluación y Herramientas para el Trabajo de Campo.
- e. Trabajo de campo.
- f. Análisis de la información y redacción del informe final.



a. Trabajo de Gabinete (24 de octubre – 16 de noviembre de 2011):

Desde la cuarta semana de octubre de 2011 se coordinó y mantuvo contacto con los miembros del Proyecto, con quienes se convinieron aspectos metodológicos, se esbozó un primer cronograma de trabajo y se facilitó al equipo evaluador el acceso a documentación del mencionado Proyecto, en medios físicos y electrónicos, para que pudieran ser analizados. Esta fase de gabinete contó a su vez con dos etapas, desarrolladas en el siguiente orden: revisión documental y diagnóstico y diseño de la evaluación.



a.i Revisión Documental y Diagnóstico de la Evaluación:

Con el fin de poder delimitar el objeto de estudio y el alcance de la evaluación de manera apropiada; así como valorar la evaluabilidad del proyecto, durante las primeras semanas que duró la fase del trabajo de gabinete se realizó una revisión de la información proporcionada. Al mismo tiempo que se examinaba la documentación, se solicitaba a los miembros del proyecto aclaraciones respecto a puntos que no quedaban claros o generaban dudas sobre la implementación. Ello permitió establecer que:

- El Proyecto cuenta con un PRODOC, un marco lógico y un grupo de indicadores, así como un estudio de línea de base (sólo para la Región Loreto) que dotan de elementos que posibilitan su evaluación y comparación.
- Se cuenta con documentación de la ejecución del Proyecto (POA e informes de seguimiento), lo cual permite un análisis a tres niveles: diseño, procesos y resultados. Sin embargo, se carece de alguna información específica, como las investigaciones operativas⁴ que fueron financiadas por el Proyecto y poder determinar la utilidad de las mismas. Además, estas investigaciones no fueron socializadas ni utilizadas para tomar decisiones, ni tampoco forman parte de los indicadores de la evaluación. Ello tiene que ver con la eficiencia en el uso de recursos y posibilitar que estas actividades realizadas eficazmente permitan fortalecer la sostenibilidad de las acciones implementadas por el Proyecto; y no sólo utilizarse como una herramienta para *“promover la cultura de la investigación en los equipos técnicos de la DIRESA”*.

a.ii Diseño de la Evaluación:

Simultáneamente, desde la cuarta semana de octubre, el equipo evaluador inició la elaboración del protocolo de investigación. A partir de ello y de coordinaciones con el Comité de Seguimiento de la Evaluación se acordó reducir el número de indicadores que deberían ser incluidos en la evaluación así como ajustar las definiciones operacionales y las metas de los mismos, sin que ello afectara el propósito de la evaluación ni el objeto de estudio.

⁴ Estas investigaciones fueron: Estudio sobre Barreras Socioculturales que limitan el acceso de las gestantes a la atención del parto institucional en el distrito de San Juan Bautista durante el año 2009 y Estudio del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre sesiones demostrativas de los trabajadores de salud y agentes comunitarios de salud de cuatro distritos de la ciudad de Iquitos - 2010.



Una vez acordadas las opciones metodológicas para el desarrollo de la evaluación del Proyecto, se procedió a establecer un listado de los principales actores sociales vinculados al Proyecto, que fueron validados por los/as responsables de la intervención.

El protocolo de evaluación, los instrumentos de recolección correspondientes y el consentimiento informado verbal fueron enviados al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su evaluación y aprobación. Dicha aprobación fue emitida el 01 de diciembre del 2011.

b. Trabajo de Campo (30 de noviembre – 21 de diciembre 2011):

Luego de coordinaciones con el equipo de seguimiento se acordó iniciar las entrevistas en profundidad con los actores sociales de Lima (desde la semana del 05 de diciembre), mientras que las entrevistas y recolección de información en Iquitos se realizaron del 12 al 16 de diciembre y el trabajo de campo en Tumbes entre el 19 al 21 de diciembre.

Las limitaciones vinculadas al tiempo de realización de la presente evaluación, especialmente del trabajo de campo, como el feriado nacional del 8 de diciembre (“puente”) y las fiestas patronales durante esa misma semana en Loreto y las celebraciones de Navidad y Año Nuevo que estuvieron asociadas con viajes y vacaciones de personal, dificultaron en cierta manera el desarrollo del estudio tal como se había programado; pese a ello, se realizaron todas las entrevistas con el personal disponible implicando días de trabajo de 12 horas promedio, y solicitándose la información incluso en fechas posteriores a la realización de la visitas de campo.

c. Análisis de la Información y Redacción del Informe de Evaluación (21 de diciembre a 9 de enero 2012):

El análisis de la información y la redacción de la primera versión del informe se inició paralelamente a la revisión de la documentación existente, del estudio de gabinete, y del trabajo de campo; enviándose la primera versión del informe de evaluación el día 10 de Febrero del 2012 al Comité de Seguimiento de la Evaluación del Proyecto. La versión final del informe de evaluación incluye la revisión y aportes de la OTC de la AECID en Lima y la APCI.



3.1 METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN APLICADA

La presente evaluación es un estudio mixto para la Región Loreto: cuantitativo y cualitativo; y sólo cualitativo para la Región Tumbes. Dadas las características del capítulo Lima sólo se realizó un estudio cualitativo.

El estudio cuantitativo se realizó mediante un estudio transversal de corte retrospectivo y prospectivo. Considerando los indicadores establecidos en los TdR [Ver Anexo 1] se realizó un sub-estudio retrospectivo analizando fuentes secundarias, y un sub-estudio prospectivo que incluyó la revisión de historias clínicas (fuente primaria). Para el estudio cualitativo se realizó una evaluación rápida (rapid appraisal procedure), para lo cual, basados en la lista establecida por el equipo de la AECID y en función de las coordinaciones realizadas por el funcionariado del Proyecto incluyendo la lista de personas a entrevistar, se aplicaron entrevistas en profundidad a algunos de los actores implicados, titulares de obligaciones o instancias contrapartes de cada uno de los capítulos. **En total se realizaron 23 entrevistas, 6 en Lima, 12 en Loreto y 5 en Tumbes. De las 23, 9 fueron funcionarios/as de AECID, del FONCHIP o del Proyecto, y los 14 restantes fueron funcionarios y funcionarias de gobierno o de la sociedad civil.**

Del estudio cuantitativo

Para el estudio cuantitativo se incluyeron todos los indicadores usados en la Línea de Base. Se realizó un estudio transversal retrospectivo de fuentes secundarias, y prospectivo de fuentes primarias. Se consideró como fuentes secundarias toda la información existente en documentos y bases de datos sobre información relacionada a la intervención del Proyecto; y la fuente primaria proviene de la revisión de historias clínicas.

Tal como lo establecen los TdR, el Comité de Evaluación del Proyecto y la Dirección del Proyecto proporcionaron al equipo evaluador toda la documentación e información disponible en relación al Proyecto: documentos de Formulación de Proyecto (PRODOC 2002-2006, PRODOC 2007-2010), Programaciones Operativas Anuales (POA) del 2007 al 2011, Informes Semestrales y Anuales, Actas de los Comités de Seguimiento, Estudio de Línea Base 2007 correspondiente a la Región Loreto (cuantitativo y cualitativo), Informe Memoria del Proyecto 2009, 2010, entre otros.



Se trabajó con las bases de datos del HIS (de la Oficina General de Estadística e Informática -OGEI-) y del Seguro Integral de Salud (SIS), NOTI de la Dirección General de Epidemiología -DGE- y con los informes de la ESN de Salud Sexual y Reproductiva; ello permitió el seguimiento de los indicadores relacionados a Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil y los riesgos frecuentes en la población adolescente. Asimismo, se revisó y analizó la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para los indicadores pertinentes.

■ De los indicadores

Para poder incorporar información de los indicadores se realizó un análisis de fuentes secundarias (documentos técnicos, informes, etc.) y de fuentes primarias (historias clínicas). Basados en el Marco Lógico, se establecieron 04 indicadores de Fin (Objetivo General); 05 de Propósito (Objetivo Específico) y 10 de Resultado, tal como los señala el estudio de Línea de Base.

Existen indicadores para los cuales la información fue obtenida de dos o más fuentes, de tal manera que se pudiera contrastar información, tal como se puede ver en las Fichas Técnicas; estableciéndose los siguientes grupos:

GRUPO I: Indicadores cuyo cálculo es establecido mediante el análisis de bases de datos. Las bases de datos que se utilizaron se encuentran detalladas en las fichas técnicas. Estos indicadores fueron:

Indicador 01 El Porcentaje de desnutrición infantil (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 1% por año.

Indicador 02 La Tasa de mortalidad infantil (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 1% por año.

Indicador 03 La Tasa de mortalidad materna (en la zona e aplicación del Proyecto) disminuye en 10% en el mediano plazo respecto de la situación inicial

Indicador 04 El Porcentaje de embarazo en adolescente (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 5%, en el mediano plazo respecto de la situación inicial

Indicador 05 Al terminar el Proyecto el Parto institucional se incrementa en 20%, Loreto; y, en 5%, Tumbes.



GRUPO II: Indicadores cuya estimación se basó en reportes de las atenciones de los servicios u otros informes generados. Las fuentes que se utilizaron se encuentran detalladas en las fichas técnicas. Estos indicadores son:

Indicador 01 El Porcentaje de desnutrición infantil (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 1% por año.

Indicador 03 La Tasa de mortalidad materna (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 10% en el mediano plazo respecto de la situación inicial

Indicador 04 El Porcentaje de embarazo en adolescente (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 5%, en el mediano plazo respecto de la situación inicial

Indicador 05 Al terminar el Proyecto el Parto institucional se incrementa en 20%, Loreto; y, en 5%, Tumbes.

Indicador 06 Al finalizar el Proyecto la proporción de madres gestante que recibe 04 controles pre natal se incrementa en 50%.

Indicador 09 La proporción de madres, niños y adolescentes que reciben atención de calidad en salud se incrementará en 25% respecto de la situación inicial.

Indicador 10 54 Establecimientos de las microrredes cuentan con el equipamiento necesario, de acuerdo a su nivel de resolución, para atender a las madres, niños y adolescentes.

Indicador 11 44 Establecimientos de las microrredes cuentan con infraestructura suficiente y adecuada, de acuerdo a su nivel de resolución, para atender a las madres, niños y adolescentes.

Indicador 12 Todos los EE.SS de las microrredes reciben mantenimiento frecuente

Indicador 13 Al finalizar el proyecto 80% del personal de salud capacitado cumple con los procedimientos establecidos en los protocolos médicos para la atención de la madre, niño y adolescente.

Indicador 14 Al finalizar el proyecto 100 % del personal directivo (DIRESA, Redes, Microrredes, EE.SS) capacitado cumple con aplicar los instrumentos de gestión de los servicios de salud.

Indicador 15 Al término del proyecto el Nivel de desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública - FESP - alcanzado por la DIRESA se incrementa en un 30%, en promedio.

Indicador 16 14 Municipalidades consolidan los contenidos de Municipios Saludables

Indicador 17 92 Instituciones educativas consolidan los contenidos de Instituciones Educativas Saludables

Indicador 18 20 Redes sociales operativas en participación comunitaria

Indicador 19 100 Grupos de mujeres organizadas en torno a actividades productivas y de salud.



GRUPO III: Para estos indicadores se trabajó con una muestra de historias clínicas de los establecimientos de salud del ámbito seleccionado. Se realizó un muestreo bi-etápico. Para el indicador 07 se trabajó con niños y niñas menores de 05 años mientras que para el indicador 08 se trabajó con adolescentes, todos ellos y ellas atendidos/as en el periodo noviembre-diciembre de 2010.

Indicador 07 Al terminar el Proyecto la proporción de niños que reciben atención integral de salud - AIEPI se incrementa en 100% respecto de la situación inicial.

Indicador 08 Al terminar el Proyecto la proporción de adolescentes de riesgo con atención integral de salud se incrementa en 100% respecto de la situación inicial.

- **Para el cálculo del Tamaño muestral, se utilizó la siguiente fórmula**

$$n = \frac{z^2(p)(1-p)}{e^2}$$

Se consideró una muestra representativa de los EESS en su conjunto que proporcionaron las historias clínicas ($p=q=0.5$; $e=0.10$ y un efecto de diseño de 1.1); lo cual definió un tamaño muestral de 106 historias clínicas seleccionadas.

- **Muestreo propiamente dicho:** Se realizó un muestreo bi-etápico. Primero, se seleccionó una muestra de 25% de los distritos incluidos en el ámbito de la intervención. En una segunda etapa, se seleccionó una muestra de establecimientos de salud; finalmente se seleccionó una muestra de historias clínicas de pacientes (menores de cinco años y adolescentes) atendidos/as en establecimientos de salud del ámbito del Proyecto durante los meses de noviembre-diciembre del 2010 y que fueron seleccionados y seleccionadas de la base de datos del HIS. Para ello, se hizo un muestreo estratificado auto-ponderado.

El número de historias clínicas solicitadas casi se duplicó a fin de garantizar el tamaño muestral requerido.



Del estudio cualitativo

Se realizó un estudio de evaluación rápida (rapid appraisal procedure) mediante la aplicación de entrevistas en profundidad con funcionarios de la cooperación internacional, y autoridades políticas y sanitarias nacionales regionales y locales, para recoger sus percepciones sobre el diseño y la ejecución del Proyecto, buscando complementar y enriquecer los resultados encontrados en la revisión de gabinete de los documentos de fuente secundaria, de los análisis de las bases de datos y de las percepciones propias de los diversos actores sociales.

Entrevistas en profundidad con autoridades nacionales y del nivel local

Se elaboró una Guía de Entrevista en Profundidad, la cual previa revisión por el Comité de Ética en Investigación de la UPCH, fue debidamente validada por “juicio de expertos”. Como parte del trabajo de gabinete se consideró apropiado trabajar con la Matriz de Evaluación para la elaboración de la Guía de Entrevistas. Una vez validada fue aplicada a funcionarios internacional, nacional, regional y local [Ver Anexo 02], con el objetivo de recoger sus percepciones sobre el diseño, organización y gestión del Proyecto a la luz de los criterios establecidos en el *Manual de Gestión de Evaluaciones de la Cooperación Española*.

No hubo dificultades para poder grabar las mismas, lo cual facilitó su transcripción para su posterior codificación y análisis por dos investigadores con experiencia en investigación cualitativa, por separado, utilizando el Atlas.ti.

3.2 PREGUNTAS, NIVELES DE ANÁLISIS Y CRITERIOS DE VALORACIÓN

Tomando como referencia los TdR de la evaluación, los manuales de metodología de evaluación de la Cooperación Española I y II y las recomendaciones acerca de la Eficacia de la Ayuda, se incluyeron los siguientes **criterios de valor**: pertinencia, coherencia, alineamiento, eficiencia, eficacia, sostenibilidad, apropiación y armonización. Estos criterios fueron agrupados de acuerdo a los siguientes **niveles de análisis** de la información: de diseño, de procesos, y de resultados. [Ver Anexo 4]

Por otro lado, los TdR de la evaluación junto con el aporte del equipo consultor permitieron generar **27 preguntas clave de evaluación** las cuales fueron agrupadas en los tres niveles de



análisis descritos previamente. Tomando en cuenta las dimensiones del trabajo encomendado, esta matriz fue validada por el Comité de Seguimiento de la Evaluación del Proyecto.

En el siguiente cuadro se detallan las preguntas empleadas en la presente evaluación clasificadas por niveles de análisis y criterios.

De la evaluación del DISEÑO del Proyecto

PERTINENCIA

Preg 1. ¿Se corresponden los problemas identificados con los objetivos propuestos?, ¿Hubo algún estudio previo de diagnóstico de necesidades?

Preg 2. ¿Hay correspondencia con las prioridades de desarrollo nacional?, ¿De las regiones seleccionadas?

COHERENCIA INTERNA

Preg 3. El diseño ¿facilitó el logro de los objetivos del Proyecto?

APROPIACION

Preg 4. ¿En qué medida ha participado la DIRESA Loreto y Tumbes, y el MINSA-Central en el diseño de la intervención?, ¿Participaron otros socios o colaboradores estratégicos?

¿En qué medida participó la DIRESA Loreto y/o MINSA-Central en la aplicación y gestión de la intervención?, ¿Cuál es el grado de participación /involucración de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil en los procesos del Proyecto?

¿En qué medida han participado la DIRESA Loreto y/o MINSA-Central en todo el proceso?

Preg 5. ¿En qué medida el Proyecto ha coordinado acciones con otros cooperantes en intervenciones afines? Indique qué acciones conjuntas con otros cooperantes se llevaron a cabo.

Preg 6. ¿En qué medida el proceso de descentralización ha facilitado esta apropiación de la DIRESA Loreto?

ARMONIZACION

Preg 7. ¿Se contemplaron líneas de armonización en el diseño del Proyecto?

¿Si se diseñó acciones de armonización, los resultados fueron los previstos?

Resultados de la evaluación de los PROCESOS del Proyecto

EFICIENCIA

Preg 8. ¿El diseño de gestión del Proyecto facilitó el logro de los resultados?

Preg 9. ¿Se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en el documento?, ¿En qué medida la colaboración del Proyecto y los mecanismos de gestión articulados han contribuido a alcanzar los resultados de la intervención?, ¿El modelo de gestión del Proyecto lo facilitó?



Preg 10. ¿Con los recursos asignados al Proyecto se lograron los resultados esperados?, ¿fueron suficientes?

Preg 11. ¿En qué medida las entidades ejecutora y donante de la intervención han sido transparentes con las instituciones y los socios locales?

COHERENCIA INTERNA

Preg 12. ¿Son adecuadas las actividades programadas para lograr los objetivos de la intervención?

Preg 13. Durante la ejecución del Proyecto, ¿los objetivos reafirmaron su relación con los resultados esperados?

Preg 14. ¿Qué aspectos de la gestión del Proyecto son utilizados por la contraparte con otras fuentes de financiamiento, incluso nacionales y privadas?

Preg 15. ¿Cuál es el nivel de institucionalización de los procesos desarrollados por el Proyecto?

Preg 16. ¿En qué medida el Proyecto ha estimulado el trabajo inter y trans-sectorial y de los niveles de gobierno?, ¿Éstos se han vuelto sostenibles?, ¿Cuál es el nivel de aporte del proceso de descentralización, en ello?

De la evaluación de los RESULTADOS del Proyecto

EFICACIA

Preg 17. ¿Logró atender las necesidades de la población?, ¿Cómo percibe la población la calidad del servicio materno infantil en los últimos 4 años en los establecimientos de salud de la ciudad de Iquitos, Nauta y Sta. Rita de Castilla?

Preg 18. ¿El Proyecto ha tenido en cuenta las relaciones de género identificado brechas, y atendiendo de forma equitativa a mujeres y hombres?

Preg 19. ¿Han mejorado los indicadores sanitarios previstos en el Proyecto?, ¿Cuál es la percepción de la población respecto a la calidad de los servicios de salud mejorados con el Proyecto?, ¿Se mantiene?

Preg 20. ¿Se han alcanzado todos los resultados previstos de la intervención?

Preg 21. ¿Cómo el Proyecto ha ayudado a promover la modificación de las concepciones y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad y riesgos vigentes de la población beneficiaria?

Preg 22. ¿Cómo el Proyecto ha promovido variaciones de la demanda o no de los servicios de salud por parte de los usuarios?, ¿Cómo ha variado la percepción de los proveedores de salud respecto a ello?, ¿Cómo han variado las rutas y tratamientos más comunes seguidos por la población para la solución de los problemas de salud?

ALINEAMIENTO

Preg 23. ¿Se han tenido en cuenta las estrategias y programas de desarrollo del país socio?

Preg 24. ¿En qué medida el Proyecto contribuyó a los ODM?

Preg 25. ¿Se concretaron convenios, acuerdos interagenciales vinculados a los objetivos del Proyecto?



APROPIACION

Preg 26. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas como parte del desarrollo del Proyecto en Gestión?, ¿Trabajo multisectorial?, ¿Coordinación?, ¿Intervenciones educativas en Salud Materno Infantil?, ¿Equipamiento en Salud Materno Infantil?, ¿Atención Integral en Salud Materno Infantil?

VIABILIDAD (SOSTENIBILIDAD)

Preg 27. En su opinión, ¿Cuáles son los elementos que permiten hablar de sostenibilidad del Proyecto?

3.3 ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboraron instrumentos de recolección de data para ambos sub-estudio. Para el cuantitativo, se diseñaron instrumentos de recolección de datos sobre atención integral en niños y niñas menores de 05 años (para responder al indicador 07) y en adolescentes (para responder al indicador 08) atendidos en el periodo noviembre - diciembre de 2010. Pese a las variaciones desarrolladas en la normatividad y buscando darle consistencia al análisis de la tendencia durante el desarrollo del Proyecto, se utilizó una ficha similar a la utilizada en la línea de base. [Anexo 03].

Asimismo, para el sub-estudio cualitativo se elaboró una guía de entrevista en profundidad, la cual fue evaluada y aprobada por un Comité de Ética en Investigación, luego fue validada por juicio de expertos. Una vez validada fue aplicada a funcionariado internacional, nacional, regional y local, para recoger sus percepciones sobre el diseño, procesos y resultados del Proyecto. [Ver Anexo 02].

3.4 CONDICIONANTES Y LÍMITES DEL ESTUDIO REALIZADO

El proceso evaluador se vio condicionado por las siguientes limitaciones:

- **Temporales:** El equipo estimó que los tiempos previstos para la evaluación fueron ajustados; lo cual fue evidente para las tres fases de la evaluación (de gabinete, de trabajo de campo y de redacción del informe). Un mayor tiempo hubiera permitido



realizar mayor número de visitas a establecimientos de salud de los distritos del ámbito, comprobar la permanencia y uso adecuado, de acuerdo al Convenio, de los equipos adquiridos por el Proyecto, entrevistar mayor cantidad de personal local (sobre todo a usuarios/as finales), entre otras.

- **Del Momento de la Evaluación:** El momento seleccionado coincidió con los últimos meses del año, que incluye una serie actividades de contexto cultural y administrativo del Sector Salud, que condicionaron el trabajo. Por un lado, la proximidad de diversas celebraciones a lo cual se suman las celebraciones de Navidad y Año Nuevo, y por otro, una diversidad de reuniones nacionales de evaluación de intervenciones sanitarias y alta movilización del recurso humano encargado, por diversas razones como el cumplimiento de metas antes de finalizar el año lectivo. Ello no permitió tener acceso a todos los entrevistados/as propuestos en cada uno de los ámbitos.
- **Consideraciones Metodológicas:** En la fase de gabinete, considerando que el Proyecto fue realizado en tres ámbitos o capítulos (Lima, Loreto y Tumbes) y que los TdR hacían referencia fundamentalmente a su ejecución en Loreto, se realizaron diversas reuniones, con la finalidad de reajustar la metodología de la evaluación. La finalidad era vincular apropiadamente los TdR, la evaluación del Proyecto y las limitaciones presupuestales planteadas desde el inicio. Este tiempo de revisión y negociación limitó el tiempo para la ejecución de tareas propias de la fase de diseño.

Segundo, se analizó la conveniencia de la evaluación en cada uno de los ámbitos; puesto que existían diferencias (en metas y tiempos) en la ejecución de cada uno de ellos. El capítulo Tumbes fue una extensión buscando “*dar sostenibilidad*” a las intervenciones ejecutadas durante el 2003-2007 y que terminó en el 2008; el capítulo Loreto se inició en el periodo PCHP 2007-2011, buscando el fortalecimiento institucional en 6 distritos de la región, con énfasis en la atención materno infantil. La implementación en el capítulo Lima se inició en el 2008 buscando fortalecer y articular apropiadamente las acciones del Proyecto desde el MINSA, así como “fortalecer la instancia rectora nacional de Políticas Sanitarias”⁵; según el informe



de seguimiento del primer semestre del 2008, “Con respecto al Capítulo DGSP – Lima, se ha iniciado la adecuación e implementación con el mobiliario de la Co-dirección Nacional del Proyecto”. Todas las acciones desarrolladas fueron conducidas directamente por los equipos designados por el Co-director Nacional. Los ambientes del Co-director Nacional se encuentran en condiciones muy adecuadas de trabajo”⁶. Por otro lado, el estudio de Línea de base sólo involucró el capítulo Loreto, limitando el análisis de los posibles logros en los diferentes capítulos y sus actividades.

Tercero, la limitada disponibilidad presupuestal, impidió realizar visitas para constatar las mejoras en infraestructura y en equipamiento en los establecimientos de salud, así como el correcto uso y permanencia de los mismos, en una muestra mayor de establecimientos beneficiarios del Proyecto.

Cuarto, existen limitaciones para evaluar el efecto de las capacitaciones del recurso humano en la calidad de atención y calidad de gestión luego de algún tiempo de realizadas, siendo dicho periodo mayor en el capítulo Tumbes; la *“alta rotación de personal en los establecimientos de salud a nivel nacional”*:

- **Calidad de Información Documentaria:** Se debe resaltar el apoyo brindado por el personal relacionado al Proyecto al facilitar la documentación existente. Sin embargo, ésta suele recoger aspectos técnico-operativos de la ejecución del Proyecto medidos a través de actividades y no mediante el monitoreo de indicadores de Fin (Objetivo General), de Propósito (Objetivo Específico) y Resultado establecidos en la Línea de Base.



4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

A continuación se presentan los resultados del análisis de los criterios, preguntas e indicadores englobados en la matriz de la evaluación [Anexo 4]. La presentación de los resultados de la evaluación seguirá la siguiente lógica:

- Criterio de evaluación
- Pregunta de evaluación
- Sub pregunta de evaluación
- Indicadores asociados

Según el siguiente formato:

4.1.1 Criterio.

PREGUNTA 1. ¿El logro de objetivos ...?

P.1.A. Existencia de Estudio

P.1.B. Oportunidad de las Intervenciones del Proyecto con ...

P.1.B.1. Oportunidad temporal de las intervenciones del Proyecto...

Para una mejor localización, se han señalado los números de la preguntas con los mismos códigos que aparecen en la matriz de evaluación.

4.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PROYECTO

4.1.1 PERTINENCIA

Preg 1. ¿Se corresponden los problemas identificados con los objetivos propuestos?
¿Hubo algún estudio previo de diagnóstico de necesidades?



P.1.A. Existencia de un diagnóstico y nivel de coherencia entre el diagnóstico y la formulación del programa.

El Proyecto 2007-2011 contó con un Documento de Proyecto (PRODOC), y con un diagnóstico de evaluación inicial (estudio de línea de base) desde el año 2008; así como con los respectivos Planes Operativos Anuales –POA-, entre otros. La existencia de este diagnóstico y del estudio de línea base en cualquier intervención son condiciones básicas para garantizar la viabilidad de la evaluación de una intervención. Estos documentos han facilitado evaluar la existencia de: (i) criterios establecidos para la pertinencia de la intervención; (ii) coherencia interna del PRODOC y la ejecución del Proyecto; (iii) eficiencia entre lo programado y lo ejecutado, en función de los Objetivos (General y Específico) del Proyecto.

El análisis del PRODOC y la Línea de base ha permitido constatar la aceptable coherencia interna basada en la correspondencia entre el Objetivo Específico del Proyecto y las intervenciones propuestas para alcanzarlo, no así con el Objetivo General, y consecuentemente con los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado del Proyecto. Ello se evidencia en los árboles de problemas y de objetivos, así como en los Informes de Seguimiento.

El análisis más detallado sobre la calidad de los árboles de problemas y objetivos⁷ se desarrollará en la sección de coherencia interna.

Por otro lado, si bien la lectura del PRODOC no establece los criterios para la selección de Loreto y la continuidad de Tumbes hasta el 2008; esto no es impedimento para establecer que existe coherencia en la formulación del programa en relación a las necesidades en ambas Regiones, especialmente Loreto, en lo que respecta a salud materna y salud infantil.

P.1.B. Proceso de elaboración del documento de Proyecto (PRODOC).

Para el diseño del Proyecto en Loreto, inicialmente se realizaron talleres en los cuales participaron profesionales y autoridades locales de los distritos de Iquitos y Nauta: *“Cuando empezó a diseñarse el proyecto... le pidieron a la Dirección de Promoción... a realizar diversos talleres participativos [en los distritos de Iquitos y Nauta con la participación de profesionales y autoridades locales y comunitarias con la finalidad de] levantar información de las necesidades*

⁷ En el presente documento usaremos indistintamente árbol de problemas o árbol de causas y efectos; y árbol de objetivos, también llamado árbol de medios y fines.



y luego de ello se generó [el PRODOC]”. Algunos de estos talleres contaron con participación de *“alrededor de 70 a 100 personas”*. Los talleres fueron sistematizados y usados como insumo para la elaboración del PRODOC.

Luego de ello se contrataron consultores con experiencia en diseño de proyectos y experiencia de trabajo en la región Loreto, para lo cual, de acuerdo a la normatividad nacional se convocó a un concurso público. El documento generado respondió a los Términos de Referencia pero no satisfacía las expectativas de la DIRESA ni de la Cooperación Española, aparentemente porque *“no se hicieron unos buenos Términos de Referencia”*. Como consecuencia de ello, se realizaron diversos talleres entre el personal del Proyecto y profesionales de la DIRESA con el objetivo de terminar el PRODOC. En tal sentido, de acuerdo a los hallazgos cualitativos, el PRODOC siguió un proceso de construcción participativo y amplio, que fue consensuado por la DIRESA y la Cooperación Española, que permitió incorporar a la propuesta estrategias congruentes con las necesidades de la región. Esta información cualitativa, manifestada por diversos entrevistados/as no pudo ser confirmada por no contar con documentos ni actas del proceso.

En el caso de Tumbes, la definición de las actividades fue concertada entre la DIRESA y la Cooperación Española a partir del PRODOC elaborado con el propósito de darle *“sostenibilidad a lo desarrollado en el Programa previo”*. Inicialmente se definió que se continuaría con el Proyecto previo para “fortalecer y consolidar el componente comunitario”; sin embargo, en el capítulo Tumbes se trabajó en todos los resultados.

Preg 2. ¿Hay correspondencia con las prioridades de desarrollo nacional?, ¿De las regiones seleccionadas?

P.2.A. Correspondencia con las Prioridades de Desarrollo del País

Visto desde una perspectiva de prioridades de desarrollo, debemos señalar que tanto Tumbes como Loreto no se encuentran dentro de las Regiones con menores valores de Índice de Desarrollo Humano (IDH) ni dentro de aquellas con mayor incidencia de pobreza extrema (Huancavelica, Huánuco, Apurímac, Ayacucho y Puno). Tal como se observa en la Tabla 01, Tumbes reporta un IDH mayor al promedio nacional; mientras que en Loreto es menor que el promedio nacional; los distritos de Loreto incluidos en el Proyecto reportan



un IDH mayor al promedio regional, excepto Parinari. Loreto ocupa el puesto 15 de todas las regiones (IDH=0.5893). Analizando los indicadores que componen el IDH, se observa que en la esperanza de vida al nacer Loreto se encuentra en el lugar 22 con 70.33 años, y todos los distritos del ámbito del Proyecto con valores menores al promedio nacional, la menor esperanza de vida al nacer está asociada a mayor mortalidad en edades tempranas de la vida. En alfabetismo, Loreto, con 94.54%, se encuentra en el puesto 9 por encima del promedio nacional con 92.86%, al igual que todos los distritos del ámbito. A nivel de logro educativo e ingreso familiar per cápita, Loreto se encuentra por debajo del promedio nacional, y dentro de los distritos del ámbito, los distritos de Loreto, Parinari y Nauta, reportan valores menores que los distritos de Maynas.

Analizando otras características sociales como la evolución de la pobreza, se constata que en el análisis a lo largo del decenio 2000-2010 Loreto no se encuentra entre las cinco Regiones con mayores niveles de pobreza, ocupando el octavo puesto con niveles de pobreza por encima del promedio nacional (Tabla 02). De manera similar ocurre con la desnutrición crónica donde Loreto ocupa el puesto 10 por encima del promedio nacional (Tabla 03).

Analizando otras condiciones de salud como mortalidad materna y mortalidad infantil se evidencia que si bien la Región Loreto no se encuentra entre las cinco primeras Regiones con valores más elevados, sus valores se encuentran por encima del promedio nacional. Por el contrario, el análisis de la proporción de gestantes con un último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales; esto muestra que Loreto está en los primeros lugares al presentar una de las menores proporciones en la tendencia en el periodo 2001-2010 (Tabla 04).

Según algunos entrevistados y entrevistadas la decisión de priorizar Loreto y los distritos dentro de éste *“fue una decisión política más que una decisión técnica”* por parte de las autoridades del MINSA y de la DIRESA, mientras que otros/as señalan que se escogieron dichos distritos por la *“concentración de población”*. La decisión de trabajar en la zona urbana fue basada en un tema de *“concentración de población y optimización en el uso de los recursos”*; además intervenir en un mayor número de distritos *“diluiría el presupuesto”* más aun si estos están alejados *“por el costo de transporte”*. En razón a ello, si bien Loreto no se encuentra entre las regiones con menor incidencia de pobreza extrema, hay factores que contribuyen a que fuera elegida como zona de intervención, tales como las características de sus centros poblados, la diversidad de etnias y sus limitadas vías de comunicación (principalmente por



río) dificultan el acceso en aspectos económicos, educación y salud, que tienen que ver con el desarrollo. Por otro lado, la tendencia hacia la mejora de los indicadores arriba mencionados (niveles de pobreza, mortalidad materna, desnutrición infantil, entre otros) muestran un compromiso regional, y la intervención del Proyecto debe permitir fortalecer o implementar nuevas estrategias luego de finalizada la intervención.

Analizando desde las prioridades establecidas por la APCI, considerando el mapa de pobreza, encontramos que Loreto esta en el lugar 10 y Tumbes en el puesto 22.

Finalmente, dentro del análisis en este tema se debe evidenciar la existencia de prioridades sectoriales en los Lineamientos de Política⁸ del Plan Nacional de Salud 2007-2011, que guardan relación con los Objetivos del Proyecto. Estos lineamientos son:

1. Adecuar el Ministerio de Salud en función de la necesidad del cumplimiento de los objetivos nacionales.
2. Gestión sanitaria orientada a solucionar los problemas de Salud Pública.
3. Universalización de la Seguridad Social.
4. Acceso oportuno a los servicios de salud.
5. Atención a poblaciones dispersas y excluidas.
6. Medicamentos de calidad para todos/as.
7. Descentralización e integración Regional en Salud.
8. Financiamiento en función de metas.
9. Gestión y desarrollo de los recursos humanos.
10. Prioridad de las gestiones de promoción y prevención de la salud.

Analizando las prioridades de inversión en salud, los Objetivos del Proyecto son coherentes con ellas. Las prioridades de inversión son las siguientes:

- Recuperación de la capacidad instalada, orientada a la reconstrucción, reubicación, rehabilitación y/o remodelación de la infraestructura física y reequipamiento de establecimientos de salud, según redes de servicios y nivel de complejidad.
- Fortalecimiento de las redes de servicios de salud, optimizando y/o implementando sistemas de referencia y contrarreferencia.



- Fortalecimiento de la gestión en el nivel nacional y niveles regionales a través del fortalecimiento de la capacidad de planificación de inversión mediante la implementación de planes directores a nivel de redes de salud.
- Fortalecimiento de los sistemas institucionales de inversión en salud mediante el diseño de instrumentos técnicos que faciliten y aseguren la implementación del SNIP.
- Fortalecimiento de la gestión de los establecimientos de salud.

Finalmente, en el Documento de Estrategia País de la Cooperación Española para el Perú (2005-2008) se señala que “La Cooperación Española concentrará gradualmente sus esfuerzos en aquellas regiones del país que: a) presentan una mayor incidencia de pobreza y exclusión; b) cuentan con una mayor presencia de los actores de la Cooperación Española; y c) permiten una mejor coordinación de la Cooperación Española con otros donantes, en especial, con la UE. La aplicación de estos tres criterios llevará a concentrar los esfuerzos en las regiones de: Lima y Callao; Piura y Cajamarca; Ayacucho y Huancavelica; Puno, Cusco y Apurímac y Loreto, si bien, ciertas actuaciones se desarrollarán a nivel nacional. Todas las actuaciones se focalizarán hacia los sectores de la población en condiciones de exclusión, vulnerabilidad o pobreza.

4.1.2. COHERENCIA INTERNA

Preg 3. diseño ¿facilitó el logro de los objetivos del Proyecto?

P.3.A. Correspondencia entre los Objetivos Específicos y el Objetivo General.

Existe cierta correspondencia entre el Objetivo General⁹ del Proyecto y su Objetivo Específico¹⁰. Pero, el árbol de problemas establece que el problema central es la “deficiente atención integral”, que una de las causas de ello es la “débil participación de las redes sociales” y que una consecuencia de la deficiente atención integral es el “deterioro de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de la población”. Ello no soporta el menor análisis

⁹ El objetivo general era “Contribuir a mejorar el bienestar de las personas”

¹⁰ El objetivo específico era “Mejora la atención integral de salud de la población de los distritos de Iquitos, Belén, San Juan, Punchana y Nauta, de la Región Loreto; y, de la Región Tumbes”



de coherencia interna de la propuesta, al vincular en una relación de causalidad directa la oferta (el problema central) con la demanda (el efecto final).

En este sentido, el Objetivo General, busca “mejorar el bienestar de las personas”, con un mayor énfasis en la demanda; mientras que en el Objetivo Específico, “mejora de la atención integral” implica fundamentalmente mejora de la oferta. Ello incluyendo las limitaciones en la normatividad nacional sobre el modelo de atención integral; sin negar que puede contribuir parcialmente con el bienestar de las personas, además de los otros determinantes.

Analizado desde el conocimiento actual, esta aproximación al bienestar del ser humano, especialmente el bienestar en salud, niega la existencia de los determinantes sociales en salud. Asimismo, se identifica una brecha pues la generación del bienestar en la sociedad incluye un trabajo permanente y sostenido que promueva el desarrollo humano buscando enfatizar el trabajo con la población (demanda) y promoviendo el cambio de comportamiento, que no queda explícitamente definido en la estructura del Proyecto, sin negar que la “atención integral” pueda ser un factor que contribuye al bienestar de las personas, además de los determinantes sociales. Es así que además de atención integral, se pudo haber incluido un aspecto más amplio, como el cambio de comportamiento que requiere de un trabajo permanente en promoción de la salud, con personal debidamente capacitado y sensibilizado; y debe ir acompañado del fortalecimiento de las competencias de los establecimientos de salud, especialmente los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Bajo un enfoque de determinantes sociales, la mejora de las condiciones de la oferta en salud no necesariamente produce bienestar de la población.

Según la ortodoxia metodológica del Enfoque de Marco Lógico, a un Objetivo General correspondería un solo Objetivo Específico, salvo en el caso de las intervenciones de carácter integral, como ocurre en este caso. En el caso del Proyecto, se observa un riesgo al dimensionar proporcionalmente en forma elevada ciertos grupos de actividades, especialmente de la oferta, cuando el Objetivo General está sobre la población (demanda) y el logro de éste depende del logro agregado de todos los resultados definidos en el Proyecto. Esta breve descripción presupone cierta limitación en la coherencia entre los indicadores de Fin, de Propósito, de Resultado y de Actividad, tal como se denominan en el PRODOC; pero que contribuyen a lograr el bienestar de las personas; siempre teniendo en consideración que se pudo haber establecido una relación más directa entre el Objetivo General y el Específico.



P.3.B. Coherencia entre el Fin, Propósito, Resultados, Objetivos y Actividades

Este análisis se sustentó en una selección de indicadores, en base a los cuales se calificó cada intervención:

- La adecuada formulación de los resultados esperados y su correspondencia con el Objetivo Específico.
- La adecuación entre actividades y resultados.
- La calidad en la formulación de los indicadores empleados.

La consistencia de su formulación según la metodología de marco lógico es aceptable. Las limitaciones más evidentes en el árbol de causas y efectos están al señalar que el deterioro de las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales de la población son efecto de la deficiente atención integral de salud en los distritos; y que la débil participación de las redes sociales y del gobierno regional y local en la reducción de riesgos de los determinantes sociales es causa de la deficiente atención integral de salud en los distritos. Lo cual traduce la limitación para articular la demanda con la oferta. Ello tiene expresiones en la articulación del Objetivo General con el Objetivo Específico; en la de los indicadores de Fin, de Propósito, y de Resultado; así como de las actividades programadas para alcanzar el fin.

El Fin (Objetivo General), el Propósito (Objetivo Específico) y Resultados Esperados se encuentran parcialmente desarticulados de las Actividades, en el entendido que todo ello debe formar un cuerpo integral para poder llegar a impulsar un cambio en la salud de la población. Así, las Actividades con sus correspondientes intervenciones específicas y mediciones a través de los indicadores, deberían haber favorecido al logro de los Resultados Esperados con sus respectivos indicadores, éstos del Propósito con sus indicadores, y éste del Fin con sus indicadores.

El árbol de medios y fines, señala que por el lado de la oferta se tiene como medios a *“Servicios de salud con adecuada capacidad resolutoria y de calidad para la prestación. El fortalecimiento de los recursos de salud permitirá mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud y captar mayor demanda”*. Mientras que por el lado de la demanda se plantea una *“Adecuada participación de las redes sociales y del gobierno regional y local en la reducción de los riesgos de los otros determinantes de la salud; donde la participación de todos los involucrados garantiza un mayor acceso de la población a los servicios formales de salud”*; buscando articular la oferta



y la demanda. Sin embargo, esto es una limitante, pues no permite establecer en su totalidad todos los factores que influyen en el *“deterioro de las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales de la población”*; y que no sólo son efecto de la deficiente atención integral de salud en los distritos.

Un análisis de la adecuación entre el Objetivo Específico y los Resultados Esperados muestra que por la redacción del Objetivo Específico o Propósito “Mejora la atención integral de salud de la población de los distritos de Iquitos, Belén, San Juan, Punchana y Nauta, de la Región Loreto; y, de la Región Tumbes”, el énfasis pareciera estar sobre la oferta de los servicios, lo cual se traduce en los tres primeros resultados esperados, mientras que el Resultado 4 enfocado en la demanda aparece como desarticulado, desde la elaboración del árbol de problemas. El análisis sobre la adecuación entre Actividades tendientes al logro de los Resultados Esperados, tal como se define en el PRODOC, muestra que éstas son bastante apropiadas para los tres primeros Resultados que están relacionados con la oferta, no siendo así con el Resultado 4 que está relacionado con la demanda. Por ejemplo, la compra de equipos médicos, mobiliario y unidades de transporte e informáticos son pertinentes para el Resultado 1; Capacitación, pasantías e investigación operativa para el resultado 2; y desarrollo de instrumentos de gestión, fortalecimiento de gestión del SIS y planes de mejora de la calidad para el Resultado 3. Pero, en el Resultado 4, actividad 4.8 “Apoyo a las actividades de salud y de conservación del medio ambiente” deja abierta la pregunta ¿Cuánto ayuda a la adecuada participación de las redes sociales y del gobierno regional y local?; similar ocurre cuando se revisan las tareas o sub-actividades detalladas en las actividades de este resultado.

Por otro lado, el análisis sobre los indicadores que se sustentan en la formulación de los Resultados y que permiten su seguimiento revela que este Proyecto cuenta técnicamente con la mayoría de indicadores válidos y funcionales, en el sentido de ser susceptibles de ser medidos y guardar consistencia con el árbol de problemas, árbol de objetivos y la matriz de marco lógico; es allí mismo donde también se encuentran sus limitaciones para la viabilidad en su medición habitual.

Los indicadores deben establecer de manera específica: su nombre, su definición operacional y sus metas. La definición de las metas dependerá de la medición basal o los valores reportados en los sistemas oficiales utilizados y el logro de las mismas no sólo depende de la intervención del Proyecto propiamente dicho, reconociendo que debieron establecerse metas



específicas para cada Región o capítulo. En el Proyecto, el PRODOC mezcla indicadores y metas; dado que cada capítulo tiene desarrollos socio-económicos y sanitarios diferentes así como tiempos de intervención diferentes, se debieron establecer metas para cada capítulo. Finalmente, en la definición de metas como variación de porcentajes sobre la medición de Línea de Base, se debe recordar que el PRODOC es previo al estudio de Línea de Base, se parte de la racionalidad de promedios negando implícitamente la existencia de tamaños muestrales para sus estimaciones así como el cálculo de intervalos de confianza.

P.3.C. Calidad de los indicadores

Para el análisis de calidad de los indicadores se parte del principio académico que no existen indicadores malos per se, sino que ellos deben reunir algunas características, deben ser específicos, medibles, captan la variabilidad, alcanzables, relevantes o confiables, y respondan a iniciativas programadas (oportunidad); también llamado SMART, por sus siglas en inglés. En este sentido se analizaron los 72 indicadores de Fin, de Propósito, de Resultado y de Actividades. Además, es recomendable que cada uno de los indicadores cuente con fichas técnicas individuales que incluya: (a) Nombre de Indicador. (b) Definición de Indicador. (c) Propósito del indicador (d) Cálculo del indicador (e) Supuestos. (f) Niveles de desagregación. (g) Representatividad. (h) Frecuencia de medición. (i) Fuentes de información y (j) Valor basal. En relación a los indicadores de Fin (Objetivo General), ellos guardan relación con el esquema de árbol de causas y efectos, y el árbol de medios y fines, con sus limitaciones señaladas. Además, dichos árboles tratan de vincular de manera inadecuada oferta y demanda en salud; sin ajustarse al conocimiento vigente sobre los determinantes sociales en salud¹¹. Dichos árboles sobre-enfatizan la oferta lo cual se traduce en el porcentaje de presupuesto destinado para los tres primeros Resultados.

Para diversos indicadores, con sus metas que implican cambio de comportamiento, no se consideró el contexto cultural y se omitió la existencia de costumbres locales que retrasan el acudir a los servicios de salud para atención preventiva, otras que promueven el inicio sexual temprano; además, que la tendencia en el escenario mundial de individualismo y derechos individuales favorece el inicio sexual temprano. Por otro lado, el análisis del contexto cultural implica identificar y reconocer las prácticas de alimentación infantil en la Amazonía peruana,

11 Marmot M, Wilkinson RG (Editor). Social Determinants of Health. Oxford University Press 2001. 281pp. Wilkinson RG, Marmot M (Editor). Social Determinants of Health: The solid facts. 2nd Edition. WHO Europe. 2003. Denmark. 31pp. OPS/OMS. Subsanan las Desigualdades de una Generación. 2009. Argentina. 23 pp.



la cual varía en la zona urbana y zona rural y entre las diversas etnias, esencial en el tema de desnutrición infantil; lo cual es central para establecer la meta posible de ser alcanzada, diferenciada por ámbito y considerando los valores basales.

Considerando los indicadores de Fin: desnutrición infantil, mortalidad infantil, mortalidad materna, embarazo en adolescentes, hay que tener en cuenta que el reconocimiento de la cultura local es central para las diversas intervenciones que promueven cambios de comportamiento en estos tres temas centrales. Además, no se establecieron intervenciones específicas y sostenidas sobre la población adolescente y materno-infantil.

Con relación a los indicadores de Propósito (Objetivo Específico), se registran indicadores que hubieran sido más valiosos si hubieran existido definiciones claras de las intervenciones que se iban a realizar como parte del Proyecto, y/o se hubieran realizado mediciones previas y/o se contara con un presupuesto mayor para las evaluaciones (de línea de base y final). Por ejemplo, para los indicadores de atención integral de niños/as y adolescentes casi todas las actividades y sus respectivos indicadores estaban enfocados explícitamente sobre la oferta y en forma bastante limitada sobre la demanda, más aun si tenemos en cuenta que en el caso de adolescentes han habido variaciones en la normatividad establecida por el MINSA. En este sentido, en relación al indicador 08 “proporción de adolescentes de riesgo” existen definiciones imprecisas sobre quién es un adolescente en riesgo. Pese a ello, se debe tener presente que el embarazo en adolescentes va a aumentar el riesgo de mortalidad materna, y no existe una definición consensuada en sobre qué es un adolescente en riesgo [ver Anexo 07].

Sobre la medición de calidad en salud -indicador 09- (proporción de madres, niños/as y adolescentes que reciben atención de calidad), existen observaciones sobre la utilidad de medir dicho indicador en la población, más aun cuando se reporta “*una alta rotación de personal profesional*”; además la literatura señala que es mejor evaluar periódicamente los niveles de satisfacción del usuario/a para analizar tendencias y decidir intervenciones en caso de disminución de la calidad como parte de un programa de mejoramiento de la calidad¹², y no necesariamente como un indicador pues es un criterio más de percepción que cuantitativo; en este sentido, en el Proyecto se evaluó periódicamente los niveles de satisfacción por

12 Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J of Public Health Medicine 1992; 14(3):236-49. Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. Measures of Need and Outcome for Primary Health Care. Oxford University Press, 1992. Farache L. El Servicio: Fuente de Fidelidad. Investigación y Marketing-La revista de AEDEMO. 1999. En: <http://www.aedemo.es/diciembre97/5704.html> Hutchinson A, McColl E, Christie M, Riccalton C. Health Outcome Measures in Primary and Out-Patient Care. Hardwood Academic Publishers. 1996.



establecimiento de salud. Sobre este tema, hay estudios desde la perspectiva del usuario/a o no usuario/a (SERVPERF, SERVQUAL, etc.) o desde la perspectiva del prestador (tiempos de atención, calidad de prescripción, etc.).

Sobre los indicadores de resultado, existen indicadores como el de establecimientos con infraestructura suficiente (indicador 11) donde no hay una definición de infraestructura de establecimientos para la región amazónica, debiendo tenerse en cuenta que el proceso de descentralización está en marcha y se requiere tiempo de maduración para comprender sus funciones como nivel central y como nivel regional y local. Sobre el mantenimiento frecuente (indicador 12), no existe una definición operacional específica sobre que implica mantenimiento frecuente, ni a qué tipo de mantenimiento se refiere (preventivo o recuperativo). Además no existe en el país, incluido Loreto, una cultura de mantenimiento y menos de mantenimiento preventivo; y tal como se señalara previamente hubiera sido útil incluir el compromiso de comprometer parte del presupuesto de contraparte en las actividades de mantenimiento como un paso para promover esta “nueva” práctica.

Sobre los indicadores del segundo resultado, cumplimiento de los procedimientos establecidos en protocolos médicos (indicador 13) y de aplicación de los instrumentos de gestión (indicador 14) no hay una definición clara de cómo debe establecerse estos niveles de medición reconociendo la ausencia o variación en los protocolos (por ejemplo, de atención integral) y de los instrumentos de gestión. Más aun cuando a lo largo del Proyecto aparentemente no ha habido procesos de seguimiento para promover nuevas actitudes hacia el cumplimiento en el uso de protocolos.

En el caso del indicador 15 sobre las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), se reconoce que no existe una cultura de medición periódica regional de las FESP y que no se definieron recursos a ser utilizados para promover acciones o actividades para el mejoramiento del desempeño en las FESP y fomentar dicha medición durante la ejecución del Proyecto. Consecuentemente, si bien el indicador puede ser válido y medible no es adecuado para ser medido como parte del Proyecto.

En el caso del indicador 18, redes sociales operativas en participación comunitaria, y el indicador 19, grupos de mujeres organizadas en torno a actividades productivas y de salud, el PRODOC mantiene los indicadores abiertos a grupos organizados mientras que el estudio de línea de base lo focaliza al Programa de Comunidades Saludables; por lo cual se hace



difícil la medición y evaluación de sus logros. Por otro lado, al ser actividades que fueron impulsadas por una Dirección relativamente nueva, como es la Dirección de Promoción de la Salud de la DIRESA, se requiere un acompañamiento constante y una disponibilidad financiera que permita ir consolidando los grupos existentes, pues la focalización en Comunidades Saludables limita el fortalecimiento de otras iniciativas existentes sobre grupos vulnerables. A continuación se presenta un resumen de los indicadores valorados como apropiados y poco apropiados. De los 19 indicadores analizados, sólo 8 (42.11%) fueron considerados como apropiados.

| INDICADOR | CALIDAD |
|---|--|
| Indicador 01 El Porcentaje de desnutrición infantil (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 1% por año. | Apropiado |
| Indicador 02 La Tasa de mortalidad infantil (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 1% por año. | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 03 La Tasa de mortalidad materna (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 10% en el mediano plazo respecto de la situación inicial | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 04 El Porcentaje de embarazo en adolescente (en la zona de aplicación del Proyecto) disminuye en 5%, en el mediano plazo respecto de la situación inicial | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 05 Al terminar el Proyecto el Parto institucional se incrementa en 20%, Loreto; y, en 5%, Tumbes. | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 06 Al finalizar el Proyecto la proporción de madres gestante que recibe 04 controles pre natal se incrementa en 50%. | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 07 Al terminar el Proyecto la proporción de niños que reciben atención integral de salud – AIEPI se incrementa en 100% respecto de la situación inicial. | Apropiado |
| Indicador 08 Al terminar el Proyecto la proporción de adolescentes de riesgo con atención integral de salud se incrementa en 100% respecto de la situación inicial. | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 09 La proporción de madres, niños y adolescentes que reciben atención de calidad en salud se incrementará en 25% respecto de la situación inicial. | Apropiado |
| Indicador 10 54 Establecimientos de las microrredes cuentan con el equipamiento necesario, de acuerdo a su nivel de resolución, para atender a las madres, niños y adolescentes. | Apropiado |



| INDICADOR | CALIDAD |
|--|--|
| Indicador 11 44 Establecimientos de las microrredes cuentan con infraestructura suficiente y adecuada, de acuerdo a su nivel de resolución, para atender a las madres, niños y adolescentes. | Apropiado |
| Indicador 12 Todos los EE.SS de las microrredes reciben mantenimiento frecuente | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 13 Al finalizar el Proyecto 80% del personal de salud capacitado cumple con los procedimientos establecidos en los protocolos médicos para la atención de la madre, niño y adolescente. | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 14 Al finalizar el Proyecto 100 % del personal directivo (DIRESA, Redes, Microrredes, EE.SS) capacitado cumple con aplicar los instrumentos de gestión de los servicios de salud. | Apropiado. |
| Indicador 15 Al término del Proyecto el Nivel de desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública - FESP - alcanzado por la DIRESA se incrementa en un 30%, en promedio. | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 16 14 Municipalidades consolidan los contenidos de Municipios Saludables | Apropiado. |
| Indicador 17 92 Instituciones educativas consolidan los contenidos de Instituciones Educativas Saludables | Apropiado. |
| Indicador 18 20 Redes sociales operativas en participación comunitaria | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |
| Indicador 19 100 Grupos de mujeres organizadas en torno a actividades productivas y de salud. | Poco Apropiado. Se hubieran diseñado actividades específicas |

Como señalamos en repetidas ocasiones, las limitaciones en la calidad de los indicadores, se expresan en las actividades programadas y en la factibilidad en la medición habitual de los diversos indicadores.



4.1.3. APROPIACION

Preg 4. ¿En qué medida ha participado la DIRESA Loreto y Tumbes, y el MINSA-Central en el diseño de la intervención?, ¿Otros socios o colaboradores estratégicos?, ¿En qué medida participó la DIRESA Loreto y/o MINSA-Central en la aplicación y gestión de la intervención?, ¿Cuál es el grado de participación /involucración de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil en los procesos del Proyecto?, ¿En qué medida han participado la DIRESA Loreto y/o MINSA-Central en todo el proceso?

El análisis de las entrevistas realizadas evidencia una participación activa de personal de las DIRESA y del Ministerio de Salud desde los inicios de la elaboración del Proyecto; como las coordinaciones y reuniones con autoridades y población local para establecer las necesidades de salud de la población, sistematización de dicha información, participación en la elaboración y aprobación de los Términos de Referencia (TdR) para la elaboración del PRODOC. Luego de aprobado el Proyecto, participaron activamente en la elaboración de los POA y los informes de seguimiento semestrales y anuales; así como en la elaboración de los TdR de las diversas consultorías, incluyendo la de la presente evaluación. También participaron activamente en la elaboración y ejecución de los planes de actividades mensuales; recibiendo la retroalimentación semanal del cumplimiento de su programación. Sin embargo, un elemento que contribuye a la apropiación por parte de la DIRESA, es el proceso de socialización de los resultados, en opinión de algunos de los entrevistados/as ello debe ser mejorado en futuras intervenciones, donde el funcionariado de la DIRESA no sean actores pasivos en la ejecución de los informes, sino que tengan un rol más activo en el análisis y presentación de los hallazgos. *“Los informes debieran contar para su elaboración con el apoyo del personal de la DIRESA adscrito al Proyecto; sin embargo, la presentación técnica del avance del Proyecto debiera ser realizado por el Director de la DIRESA”*, mientras que la presentación del avance económico debería ser realizada por el personal administrativo regional del Proyecto. “Ello permitió que el personal tome mayor conciencia del Proyecto como suyo”.

Tal como se muestra en el organigrama [Gráfico 02] existían Comisiones Mixtas de Coordinación Regional encargadas de hacer seguimiento de la ejecución del Proyecto en cada uno de los Capítulos; en el caso de Lima ello era acompañado por la Dirección General de Salud de las Personas y el equipo de Lima. Cada capítulo presentaba informe de sus



actividades. Estos resultados eran presentados en la Comisión Mixta Inter-Regional y al Comité de Coordinación y Seguimiento del Proyecto para las aprobaciones correspondientes. Se debe señalar que hubo talleres para definición de necesidades locales con participación de los otros socios estratégicos (la comunidad, líderes locales y autoridades locales; así como con profesionales de salud y organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales del ámbito). Posteriormente, la participación de diversos colaboradores estratégicos se evidencia en la elaboración y acompañamiento en la implementación del *Plan Tseta Tana Aipa*, desde el año 2008 hasta su aprobación y publicación en el año 2009; y posteriormente se acompañó las elaboraciones e implementaciones municipales. En este proceso, el *“Gobierno Regional de Loreto, Gobiernos Locales de 51 Distritos, Autoridades Sectoriales, Sociedad Civil Organizada y representantes de partidos políticos asumieron el reto de adoptar acuerdos por consenso con relación a reducir la pobreza y la desnutrición infantil en la Región Loreto, para tal efecto aprueban Plan de Lucha Contra la Pobreza, Desnutrición en Madres Gestantes, Niños y Niñas menores de 5 años en la Región Loreto (...) que contiene las políticas sociales a aplicarse en el próximo período de gobierno 2009-2021 en beneficio de la población en general, enfatizando el desarrollo integral del niño y la mejora de la condiciones de vida de la madre”*¹³. Como consecuencia de este Plan Regional se procede a elaborar los *Planes Tseta Tana Aipa* municipales. Finalmente, ello permitió el apalancamiento de recursos, como parte de los beneficios que debe tener todo proyecto de la Cooperación Internacional, como el Programa Conjunto de Naciones Unidas en el país del área temática *“Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutrición”*.

Preg 5. ¿En qué medida el Proyecto ha coordinado acciones con otros cooperantes en intervenciones afines? Indique que acciones conjuntas con otros cooperantes se llevaron a cabo.

P.5.A. Participación de otras instituciones

En Loreto, hubo una participación directa de otras instituciones en las acciones y actividades implementadas por el Proyecto, especialmente en espacios de interacción multi-sectorial. Uno de los espacios donde hubo participación de diversas instituciones, son las Mesas de Concertación (Regional, Provincial y Distrital). La instancia de coordinación es el Comité

¹³ Gobierno Regional de Loreto, Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Plan Tseta Tana Aipa. p 31.



Ejecutivo Regional, el cual está compuesto por diferentes organizaciones de la sociedad civil y del Estado y conformado por varias mesas temáticas, una de cuales es la de infancia, adolescencia y juventud en la cual participaba activamente el Proyecto, *“lideró el proceso AECID con el Gobierno Regional”, el equipo de AECID lideró el equipo técnico de infancia*. Esta mesa temática fue la responsable de la formulación Regional del *Plan Tseta Tana Aipa*. Esta participación activa se traduce en el apoyo financiero para algunas actividades (actividades descentralizadas y talleres) que permitieron la validación del *Plan*, así como la impresión y difusión del mismo *“el apoyo económico de AECID fue fundamental”, “un plan si no tiene presupuesto es un documento más”, “el Proyecto debió apoyar en un periodo, durante su implementación*”. En el entendido que el Plan es un plan articulador, el documento debió haber establecido una hoja de ruta *“dándole mayor responsabilidad al equipo de seguimiento”*; a ello se añade la necesidad de una mayor articulación con el Programa Conjunto de Naciones Unidas reconociendo la *“debilidad de los organismos del Gobierno Regional y de la sociedad civil”*.

Otro espacio de participación de diversos actores sociales, entre ellos el Proyecto es el colectivo de Niñas Niños y Adolescentes que actualmente es la Red de Niñas Niños y Adolescentes que ha llevado al desarrollo del Primer y Segundo Parlamento Infantil. *“Reconociendo el proceso que ha seguido AECID, los chicos le han pedido al Dr. Julio Ríos que él participe como expositor... en el Tercer Parlamento”*.

Como se evidencia en esta sección, en el marco de los principios de apropiación y sostenibilidad, el Proyecto desde su diseño debió establecer explícitamente mecanismos y actividades de armonización y articulación con otros actores sociales para su inserción dentro de iniciativas nacionales y regionales que permitiera articular y promover el apalancamiento de recursos, para abordar los problemas de salud desde la demanda, y no sólo desde la oferta, así como para efectos de sostenibilidad y transferencia tanto al MINSA como a otras instituciones que pudieran continuar con algunas actividades que se vinieran implementando; lo cual hizo de manera progresiva ante las necesidades que se iban presentando a lo largo de su implementación.



Preg 6. ¿En qué medida el proceso de descentralización ha facilitado esta apropiación de la DIRESA Loreto?

P.6.A. Apropiación de la DIRESA Loreto en el Marco de Descentralización

La Constitución Política del Perú, modificada por la Reforma Constitucional 27680 señala que los Gobiernos Regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia. Por otro lado, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Ley 27867) y sus modificatorias (27902 y 29053) establecen que es función específica de los Gobiernos Regionales en materia de salud formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales. Además que deben promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud; así como organizar, implementar y mantener servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.

En opinión de los entrevistados y entrevistadas la descentralización permitió una mayor apropiación del Proyecto, lo cual se traduce en un mayor entendimiento de la dinámica de la cooperación por parte de la DIRESA y el Gobierno Regional; y por otro lado, un adecuarse de los proyectos a las necesidades de la Región, esto último expresado en la formulación, con fondos del Proyecto, de un modelo de establecimientos de salud I-1 para el ámbito rural de la Amazonía utilizando material de la zona.

El proceso de descentralización requiere tiempos para su maduración y entendimiento de los derechos y responsabilidades en cada uno de los niveles de gobierno (nacional, regional y municipal). Ello se deberá continuar expresando en regulaciones, monitoreo y supervisión por parte de los niveles locales, regionales y nacionales; así como acciones de articulación con los gobiernos municipales y ejecución de actividades de salud por parte de las redes y microrredes de salud. En tal sentido, en la Región Loreto, el Proyecto brindó apoyo para establecer nuevas estrategias para mejorar la calidad de salud, como asistencia técnica para elaborar una propuesta de pagos diferenciados para profesionales que trabajen en zonas de frontera o zonas socialmente deprimidas (al momento de la entrevista se encontraba en el Congreso para aprobación); *“la contribución del proyecto fue la asistencia técnica en la sustentación de una propuesta de modificatoria de ley que permita el pago diferenciado a*



los profesionales y técnicos de zonas de mediano y difícil acceso". Por otro lado, durante la ejecución del Proyecto, se promulgó la Ordenanza Regional 005-2011 del Gobierno Regional de Tumbes que declaran feriados laborables los primeros miércoles y jueves de marzo, junio, setiembre y diciembre a fin de promover la participación en actividades de prevención y dengue, malaria y otras epidemias; ejemplos, ambos, de la adecuación regional sobre las necesidades de salud.

A nivel local, la articulación se viene dando mediante los Programas de Incentivos Municipales (PIM) y Programas de Inversión Pública (PIP) que ha permitido la "contratación de personal profesional de salud en los establecimientos de salud", y la "construcción o remodelación de algunos establecimientos de salud de mayor capacidad de resolución" (I-3, I-4). También ha permitido la contratación de personal no profesional para acciones de saneamiento para hacer frente al problema de dengue. Estas evidencias nos muestran que a lo largo de la intervención el Proyecto, con la participación del personal de la DIRESA, se ha ido apropiando de iniciativas y acciones que han respondido a las necesidades locales; lo cual indica que si bien se ha ido por buen camino, los proyectos futuros deben cada vez más ser implementados con y desde las instancias regionales/locales de salud, y no sólo partir del nivel nacional.

4.1.4. ARMONIZACION

Preg 7. ¿Se contempló líneas de armonización en el diseño del Proyecto?,
¿Si se diseñó acciones de armonización, los resultados fueron los previstos?

P.7.A. Armonización interna con otros proyectos de la Cooperación Española

De la revisión de documentos y entrevistas se constató que la coordinación con otros proyectos del PCHP 2007-2011 ha sido mínima, excepto en las coordinaciones para una administración común con el Programa de Educación Bilingüe. "*...teníamos la misma administradora...tenía exceso de responsabilidades*". La administración compartida terminó básicamente por un tema de sobrecarga de trabajo de la administradora anterior que estaba produciendo "*roces*" con el personal. También se evidenció la falta de seguimiento a algunos procesos como los depósitos diarios que debían realizarse, entre otros problemas.



Tampoco se constata iniciativas en el diseño del Proyecto para estimular la interacción y sinergia con otros proyectos del PCHP 2007-2011; ni en los documentos de Planes de Seguimiento ni en los Planes Operativos Anuales.

P.7.B. Armonización con otros proyectos de otras instituciones cooperantes

Localmente se coordinaron iniciativas con otros proyectos o intervenciones de cooperación internacional, evidenciadas en apoyos mutuos para la realización de actividades. Expresiones de ello, manifestadas en entrevistas son las coordinaciones con el Proyecto “Control de la Malaria en las zonas fronterizas de la Región Andina: Un enfoque comunitario” (PAMAFRO), proyecto financiado por el Fondo Mundial en Loreto; con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas en Loreto en el marco del *Plan Tseta Tana Aipa*; y las coordinaciones y colaboraciones con el Proyecto de Eliminación de Cisticercosis, proyecto financiado por la Fundación Gates, en Tumbes. En todos los casos el apoyo mutuo era para la realización de actividades de los proyectos mencionados, incluido el Proyecto (talleres, visitas, actividades de campo, etc.); y por determinados periodos.

A nivel macro, como lo señala la evaluación final del PCHP 2007-2011, *“la OTC de la AECID ha participado e incluso liderado algunos espacios de coordinación con otros donantes internacionales. A nivel institucional la AECID en Perú participa en mesas sectoriales -Género, Verde, Educación, Salud...-; en el espacio de coordinación de la Cooperación Española -Consejo de Coordinación de la Cooperación Española en Perú-; en el Foro de Donantes; en el espacio de concertación de la Unión Europea y mantiene relaciones de alto nivel con otras agencias de cooperación bilateral y multilaterales. Por otra parte existe una Mesa Inter-agencial de Aseguramiento Universal en Salud, en la que la AECID no está presente formalmente, aunque personal de la OTC ha participado en las reuniones promovidas para su constitución”*¹⁴.

Las Mesas de Coordinación de Donantes y el Sector Público creadas por el Estado Peruano, buscan ser un espacio que facilite la armonización y el alineamiento. Estos espacios son coordinados por la APCI. Ello se encuentra actualmente en proceso de reorganización, al estar la APCI en reorganización.

14 Hernández Latas C, Peris-Mencheta Barrio J. Informe de Evaluación del Programa de Cooperación Hispano Peruano - PCHP 2007/2011. p91-92.



Asimismo, el Co-director AECID del Proyecto, Dr. Calvo, así como el capítulo Lima estaba al corriente de las convocatorias del MINSA a la Cooperación Internacional, y también se tenía contactos con Foro-Salud.

4.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DEL PROYECTO

4.2.1. EFICIENCIA

Preg 8. ¿El diseño de gestión del Proyecto facilitó el logro de los resultados?

P.9.A. Modelo de gestión del Proyecto

Tal como lo establece el PRODOC el equipo de gestión estaba conformado por el FONCHIP (Junta de Representantes y Consejo Directivo); además, para el Proyecto se reunía anualmente un Comité de Coordinación y Seguimiento del Proyecto. Dicho Comité estaba conformado por la APCI, la Embajada de España en el Perú, AECID, MINSA y las Direcciones Regionales de Salud de Loreto y Tumbes.

Un Comité Directivo Nacional con el Co-Director español y el Co-Director Nacional (el Director General de la DGSP). Un equipo de gestión Nacional que tenía en su estructura a la Comisión Mixta Inter-Regional, instancia funcional política de coordinación, encargada de realizar el seguimiento de la ejecución del Proyecto que se reunía continuamente para darle seguimiento. Finalmente existía un equipo de Gestión Regional que era la instancia de dirección planificación, gestión, ejecución y control en los ámbitos regionales del Proyecto. [Gráfico 02]

En el caso del Proyecto en evaluación, el modelo era Co-dirección FONCHIP e institución peruana¹⁵. Se observó que la co-dirección operativa fue asumida por el representante de la Cooperación Española, mientras que el co-director nacional (Director de la DGSP) asumía un rol más político, de apoyo en las decisiones estratégicas y de planificación, pero menos

¹⁵ Se considera la codirección FONCHIP como un modelo de la cooperación española, porque si bien la Junta Directiva del FONCHIP está compuesta por representantes del Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú, de la APCI, de la AECID y de la Embajada de España en Perú, el hecho de que sus oficinas se encuentren en la sede de la OTC de la AECID en Lima y que su financiación institucional provenga de las subvenciones de la cooperación española, hace que exista una relación de mayor dependencia de la cooperación española.



operativo, en menor contacto con la ejecución y con el día a día de la intervención. El co-director regional tenía un rol más operativo que el asumido por el co-director nacional; intervenía en las reuniones mensuales que realizaba el Comité Mixto Regional, que funcionaba en cada uno de los capítulos (Lima, Loreto y Tumbes) en las que se evaluaban las acciones realizadas en el mes anterior y se programaban las acciones a realizar el mes siguiente. Este modelo de gestión facilitó el seguimiento, por parte del propio personal de la DIRESA, de las actividades programadas; sin embargo, esto no siempre originó un cambio o re-estructuración de las acciones programadas. El capítulo Loreto contaba con el siguiente equipo:

| CARGO |
|--|
| Director Adjunto Proyecto Salud Perú |
| Administradora |
| Coordinadora Regional |
| Asistente Contable – Administrativo |
| Secretaria Ejecutiva |
| Asistente Administrativo |
| Conductor y Apoyo Logístico |
| Personal de Limpieza |
| Apoyo en Monitoreo de Actividades del Proyecto - Personal de la Dirección Regional de Salud Loreto |

En relación al seguimiento del Proyecto, existían informes semestrales, anuales y de medio término, en los que se reportaban las actividades realizadas y se hacía un seguimiento de los indicadores de actividades señalados para cada uno de los resultados específicos pero no de los de Fin (Objetivo General), de Propósito (Objetivo Específico) ni de Resultados. Lo cual limitaba considerar iniciativas de mejoramiento del Proyecto que permitieran ayudar a alcanzar dichos objetivos. Tampoco permitió considerar propuestas de adecuación del Proyecto a nuevas iniciativas o realidades como el *Plan Tseta Tana Aipa* o el modelo de establecimiento I-1 en la Amazonía. Ello tendría efecto directo sobre la eficiencia de la gestión.

Por otro lado, un componente del modelo de gestión que hay que resaltar es el nivel de seguimiento *“casi semanal”* de la Programación Operativa Anual. Habitualmente, en las



instituciones públicas los Planes Operativos no son seguidos con la misma frecuencia; como mencionaron algunos entrevistados, *“los POA se terminan de hacer y punto, se aprueban y se archivan”*. Inicialmente, este seguimiento generó más de un malestar en el personal de la DIRESA pero *“terminó ayudando a la gestión de la DIRESA”*, y por ende a la ejecución de resultados.

P.8.B. Modelo de administración del Proyecto

La modalidad de administración del Proyecto fue por equipos administrativos de los proyectos, supervisados por la sede FONCHIP. En este modelo, los equipos administrativos¹⁶ de cada proyecto administran los fondos desde las cuentas operativas de las intervenciones, realizan las adquisiciones de acuerdo a las planificaciones previstas en los POA y se encargan de la justificación económica. Por su parte el FONCHIP autoriza los desembolsos desde sus cuentas a las cuentas operativas de los proyectos y ejerce el control y el seguimiento de los justificantes de gasto e informes económicos. El Manual Operativo y de Gestión del PCHP (MOGP) denomina a esta modalidad de “anticipo de caja”. Sin embargo, debemos reconocer que se realizaron procesos de adquisiciones directas por el FONCHIP, lo que corresponde *“en sentido estricto a un modelo de administración mixto”*. Esta estructura de gestión se contrapone con lo establecido con la Declaración de París, donde se propone evitar sistemas administrativos paralelos. Según algunos entrevistados/as, ello tiene riesgos y beneficios, siendo mayores los riesgos en “caso de adquisición de bienes, por los procesos [administrativos propios] de [una] licitación pública”; y “cuando hay injerencia política”. Se debe esperar que estos sistemas paralelos sean revisados en futuros Proyectos de Cooperación.

La elaboración de la programación presupuestal mensual de actividades tuvo dos periodos. En el primero, la programación era realizada por el personal de la DIRESA asignado al Proyecto quien recogía la información del personal encargado de cada uno de los Resultados en la DIRESA. Ello *“no permitía la apropiación* [por el personal de la DIRESA] del proyecto” al no hacer ellos gestión directa y seguimiento de sus actividades. En el segundo, se facilitó una planilla en Excel en la que los responsables de cada Resultado de la DIRESA definían las actividades que iban a realizar en el mes y la fecha en que iban a realizarlas. Así, la propia DIRESA realizaba su programación mensual; lo cual permitió el involucramiento activo del personal de la DIRESA.

16 En el Manual Operativo y de Gestión del PCHP se los denomina Unidades de Gestión del Proyecto (UGP).



Asimismo, una adecuación de dicha planilla permitía informarles periódicamente el grado de cumplimiento de las actividades programadas y sus responsabilidades pendientes.

Un componente de gestión que se vinculó con cierto malestar del personal de la DIRESA estuvo relacionado con los tiempos (al menos 05 días previos de una actividad) para solicitar el apoyo financiero de las actividades programadas, así como la rendición de cuentas por viáticos. En el primero, la cultura de *“hacerlo al último minuto”*, la falta de coordinación y la expectativa que *“dichas actividades fueran descentralizadas a las cabeceras de red...”* [lo cual no ocurrió] *porque no hay capacidad de gestión en las redes y microrredes* terminaban causando malestar y el personal de la DIRESA asignado al Proyecto funcionaba *“como una zona de amortiguamiento”*. Las dificultades en la rendición de los viáticos están relacionadas con la cultura institucional existente y con la informalidad del sistema a nivel nacional, que se traducían en rendiciones *“excesivas”* y *“falsedades”* o *“engaños”* de personal. Lo cual se traducían en poco deseo de participación por parte del personal. Ello fue manifestado en las entrevistas realizadas en Loreto y en Tumbes.

Preg 9. ¿Se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en el documento?, ¿En qué medida la colaboración del Proyecto y los mecanismos de gestión articulados han contribuido a alcanzar los resultados de la intervención?, ¿El modelo de gestión del Proyecto lo facilitó?

P.9.A. Concordancia entre los presupuestos originales y su aplicación

El análisis global del Proyecto muestra que se recibieron € 2 664,048.00 euros de subvenciones de la AECID, que según los tipos de cambio han representado US\$ 3.667 millones de dólares americanos, representando el 94.03% de lo planificado (Ver Tabla 05).

Cuando se analiza para cada uno de los Resultados Esperados, este porcentaje de cumplimiento de lo programado inicialmente fluctuó entre 104.93% para el Resultado 3 (*Gestión de servicios de salud mejorada*) y 71.24% para el Resultado 4 (*Adecuada participación de las redes sociales y del gobierno regional en la reducción de los riesgos en los determinantes de la salud*). Debe recordarse que el Resultado 4 es el único Resultado vinculado a la demanda cuyo presupuesto programado representaba el 16.78% del total.



Por otro lado, el análisis de la ejecución presupuestal muestra que esta era inferior al 50% para todos los Resultados hasta el año 2008, luego de lo cual se incrementó; extendiéndose posteriormente el Proyecto hasta el año 2011 lográndolo tener una ejecución adecuada. Dado que el PRODOC no consideraba presupuesto para el 2011 no se estimó un porcentaje de ejecución para dicho año. (Ver Tabla 05 en el documento de anexos).

P.9.B. Seguimiento Técnico-Económico del Proyecto

El seguimiento de los Resultados y los gastos fue realizado utilizando los informes anuales 2007 – 2011, en relación al POA. La descripción de los gastos por cada uno de los 4 grandes Resultados se encuentra reportado en la Tabla 05, la cual muestra que el porcentaje de ejecución estuvo por encima del 96%, excepto en el Resultado 4, donde este porcentaje fue alrededor del 70%. Si bien este porcentaje de ejecución estaría sugiriendo un relativo manejo eficiente del Proyecto, se observa una baja ejecución del Resultado 4 que correspondía con una apropiada interacción con la demanda potencial de los servicios de salud. Por otro lado, se logró la contratación del personal administrativo durante el año de extensión del Proyecto (2011), sin que ello haya irrogado un mayor costo administrativo para el Proyecto. El porcentaje de gasto del Resultado 5 fue 97.49%.

Sin embargo, requiere considerar los costos y el cumplimiento de las actividades o tareas programadas. Para ello, tal como se observa en la Tabla 06 en el documento de anexos, se analizaron las programaciones globales anuales y la programación del PRODOC. Como se puede observar se programaron muchas más actividades anuales que las propias del PRODOC, especialmente en los Resultados 1, 3 y 4, no así en el Resultado 2. El porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas fue variable, especialmente en las actividades que requieren mayor desarrollo y seguimiento como el Desarrollo y Aplicación de Instrumentos de Gestión (ROF, MOF, MAPRO, POI, PSL), las investigaciones operativas o el trabajo para municipios o instituciones educativas saludables.

Sin embargo un análisis más en profundidad de la Tabla 6 nos muestra que el seguimiento, pese a haberse realizado, no siempre significó un adecuado monitoreo y por ende facilitar el logro de los resultados:

- (1) Es difícil identificar en que resultado fueron cargadas las actividades no programadas, como el apoyo para la elaboración del *Plan Tseta Tana Aipa*, o



- el diseño del modelo de establecimiento amazónico de nivel I-1, así como la construcción de uno de ellos, pues los informes no hacen mención de ello.
- (2) En el Resultado 1 se observa una adquisición alrededor del 70% para los Equipos Médicos, Mobiliario asistencial e Instrumental Médico (705/985) considerando el PRODOC; en el caso de las unidades móviles este cumplimiento fue 65.12%; el porcentaje es semejante para las Refacciones y Adecuaciones de Infraestructura de los EE.SS, representando 51.19% cuando se considera la programación anual y 61.43% cuando se considera la programación del PRODOC. Los porcentajes son mayores al 100% en lo referente a “Equipos informáticos y Comunicación” (135.9%) y a “Mobiliario de Oficina” (103.2%)
 - (3) En el caso del Mantenimiento de los equipos e infraestructura, donde la unidad de medida eran Planes implementados, pareciera que se han trabajado con diferentes acepciones para la definición de un plan implementado, pues llama la atención que en las programaciones anuales se programen 23 planes, cuando el PRODOC solo establecía dos planes implementados, de ellos fueron cumplidos 3.
 - (4) Algo similar ocurre en la elaboración de perfiles de competencias Regionales (Resultado 2) donde se programaron 16 como meta de actividad; pero mientras que en el PRODOC la unidad de medida era Informe Diagnóstico, en los informes anuales era Eventos. En él se incluye un curso de competencias laborales, que “strictu sensu” no debería estar en este resultado. Más aun, de la información existente solo se contrató una consultoría en el 2010 para elaborar un perfil de competencias del personal para las responsabilidades de gestión sanitaria.
 - (5) En el Resultado 2 aparecen cinco actividades nuevas (del 2.7 al 2.11), sólo en el año 2009, correspondientes a Diplomado en Gestión y Organización de Servicios de Salud, Diplomado en Atención Integral de Salud Niño Niña, Diplomado en Atención Integral de la Mujer, Cursos para la Mejora de la Gestión en Salud, Pasantía para el Personal para la Mejora del Desempeño en la Gestión y Prestación de Servicios, lo cual dificulta la interpretación del cumplimiento de esta actividad. Se debe recordar que esto respondió a un cambio en la estrategia de capacitación, tal como es señalado en la sección correspondiente.
 - (6) Llama la atención el bajo cumplimiento en el Desarrollo de Investigaciones Operativas representando el 33.33% (3/9) cuando se consideran las programaciones anuales y 21.43% cuando se considera el PRODOC. De ella dos se desarrollaron en Loreto y una en Tumbes. Indagando sobre el tema, en las entrevistas se señaló



“la disponibilidad de tiempo para las investigaciones”, “promover solo un modelo para que conozcan del tema”, “poca cultura nacional en investigación”.

- (7) De manera semejante sorprende el cambio en la actividad 3.1 que corresponde al estudio de línea de base, donde se cambia simplemente por estudio, lo cual se tradujo en la programación de 13 estudios a lo largo de toda la ejecución del Proyecto. En Tumbes se programaron 4 estudios en el 2008: (a) Elaboración del diseño del plan de evaluación de la Línea de Base (estudio final de Tumbes); (b) Diseño de la Encuesta para la evaluación de la Línea de Base; (c) Aplicación de la Encuesta para la evaluación de la Línea de Base; y (d) Informe comparativo de la Línea de base inicial y final. Lo cual evidencia el fraccionamiento de una actividad y la ausencia de evaluaciones finales para cada capítulo en el PRODOC.
- (8) En relación a las actividades de Implementación de planes de Mejora de la Calidad con 1048.0% y Apoyo al Desarrollo de las Estrategias Nacionales, Atención de emergencias y desastres con 2361% de ejecución sobre los programado en el PRODOC, se estima que ello requirió implementar estrategias que permitieran consolidar la implementación de los planes de mejora de la calidad, por un lado, y permitan desarrollar competencias para atender tempranamente a los brotes.
- (9) En relación al apoyo a la acreditación de municipios e instituciones educativas saludables (Resultado 4), llama la atención la cierta discordancia entre lo reportado en los informes anuales con el indicador correspondiente. Posiblemente se usaron diferentes acepciones para lo que se quería con el apoyo a la acreditación entre el PRODOC y los planes anuales, lo cual se traduce en porcentajes muy elevados de 714.29% (100/14) para los municipios saludables y de 301.09% (277/92) para las instituciones educativas saludables.
- (10) Finalmente, consideramos que puede existir un problema de acepción en lo referente a proyectos de intervención en políticas de Igualdad de oportunidades y Equidad de género donde se observa un pico de proyectos en el año 2009 que representan el 73.62% (67/91) de todas las consultorías o proyectos ejecutados durante la vida del Proyecto.

En relación a todo lo arriba mencionado, se puede inferir que el seguimiento técnico-económico no siempre facilitó el logro de los resultados, ya sea por contradicciones entre los planes anuales y el PRODOC, o por inclusión de nuevas actividades de las cuales no siempre se registraba su seguimiento formal, entre



otros. Por otro lado, el seguimiento del POA que inicialmente generó más de un malestar en el personal de la DIRESA *“terminó ayudando a la gestión de la DIRESA”*.

Preg 10. ¿Con los recursos asignados al Proyecto se lograron los resultados esperados?, ¿fueron suficientes?

P.10.A. Concordancia entre los recursos invertidos y los resultados conseguidos

Como se evidencia en la pregunta 9, se constata un alto grado de correspondencia entre los recursos invertidos y los Resultados alcanzados. Ello es más evidente cuando se analiza el cumplimiento de actividades, como se observa en los reportes semestrales y anuales. El grado de cumplimiento de los Resultados se encuentra detallado más ampliamente en la medición de indicadores de Fin, de Propósito y de Resultados, en la sección eficacia; como se podrá observar, el grado de cumplimiento fue menor para los dos primeros indicadores y fue más elevado para los indicadores de Resultados.

Asimismo, algunos entrevistados y entrevistadas señalaron que los recursos fueron destinados a las actividades tal como estaba programado en el PRODOC, de manera anual y mensual, y a otras actividades acordadas y aprobadas durante la ejecución del Proyecto “...se usaron los recursos para cumplir con lo programado”. Y si bien, se aceptaron algunas nuevas propuestas como el modelo de establecimientos de salud nivel I-1, el *Plan Tseta Tana Aipa*, estas formaban parte de los objetivos del Proyecto y contribuían de una u otra manera a las necesidades de la región, teniendo además como consecuencia una rápida apropiación por parte de ella. Mientras que otras no fueron aceptadas, como crear centros modelo de atención para capacitación del personal local, por no ser consideradas prioritarios y no formar parte de los Objetivos del Proyecto, entre otros. El detalle del cumplimiento del Proyecto se analizará en la sección de eficacia.



Preg 11. ¿En qué medida las entidades ejecutora y donante de la intervención han sido transparentes con las instituciones y los socios locales?

P.11.A. Transparencia en la ejecución de fondos

El Proyecto tuvo un presupuesto de cooperación y uno de contraparte, establecidos en el PRODOC. Los informes semestrales permitían conocer, por parte de todo el equipo de gestión los avances en la ejecución presupuestaria del Proyecto; esto sólo referido al presupuesto de la cooperación. Dicha información era socializada semanalmente con la DIRESA y en las reuniones mensuales formales de la Comisión Mixta Regional, como parte de los informes técnico-económicos correspondientes. También, los informes eran socializados en reuniones de presentación de los informes de seguimiento semestral y anual. En el caso del MINSA, los planes anuales y los informes eran socializados en reuniones de presentación de los informes de seguimiento semestral y anual.

Sin embargo, la revisión de los informes no detalla el gasto del presupuesto de contraparte; pese a que el Manual de Procedimientos de la Cooperación Técnica Internacional (RS N° 450-84-RE) del 12 septiembre de 1984, señala que en relación a los Recursos financieros nacionales a ser reportados en los informes, “se enumerarán las partidas presupuestales que la unidad ejecutora ha comprometido en el Proyecto, comprendiéndose en éstas a los sueldos y salarios del personal nacional, bienes y servicios y gastos generales de la administración, entre otras, según sea el caso”. Por ello, al momento de elaborar la ampliación del presupuesto de contraparte *“hubo muchas dificultades... [pues] no se conocía el detalle”*. En tal sentido, sería fundamental que para futuros proyectos, se tome en consideración la elaboración de un presupuesto de contraparte, que señale la contribución y sus partidas; lo cual facilitará en el futuro el seguimiento y cumplimiento de las mismas, así como el involucramiento de la Contraparte Sectorial.



4.2.2. COHERENCIA INTERNA

Preg 12. ¿Son adecuadas las actividades programadas para lograr los objetivos de la intervención?

P.12.A. Correspondencia entre la Programación de actividades y el Objetivo

Se observa una adecuada correspondencia entre la programación de actividades establecidas, en vistas a la consecución de los Resultados y del Objetivo Específico; reconociendo como se señalara previamente que ello está relacionado con las limitaciones metodológicas presentadas en el PRODOC (nivel de diseño), tanto en el árbol de causas y efectos (árbol de problemas) como en el árbol de medios y fines (árbol de objetivos). Se debe señalar que en el PRODOC se establecen un conjunto de actividades sin que ellas estén insertas en estrategias que, en opinión del equipo consultor, permitan no perder de vista la finalidad de las actividades que se están desarrollando.

Dentro de los ejemplos que evidencian ello se encuentran en el apoyo a la consolidación de municipios e instituciones educativas saludables, donde se realizan siete y tres veces más actividades que lo programado en el PRODOC, sin que ello haya permitido la consolidación de estos espacios saludables. En lo que respecta al *Plan Tseta Tana Aipa* que si bien no se corresponde a los Resultados esperados, deberá contribuir, cuando se implementen y consoliden los planes municipales, al bienestar de la población (Objetivo General).

Existen en los reportes anuales para la actividad 4.1 Edición, impresión, Difusión y divulgación de Materiales y Programas para Información, Educación y Comunicación (IEC) donde se programan como tareas la Implementación de 6 Centros de Estimulación Temprana en Santa Rita y 8 Centros de Vigilancia Comunal en EESS en Iquitos. Si bien estas tareas son pertinentes para el Objetivo Específico del Proyecto, para procurar aumentar la cobertura en atención integral del niño/a, no tienen una relación directa con este Resultado (Resultado 4). Asimismo, se observa una baja Programación y cumplimiento en la actividad 3.2 Apoyo al Desarrollo y Aplicación de Instrumentos de Gestión (ROF, MOF, MAPRO, POI, PSL). Ello requiere establecer normatividades para mejorar la gestión. La elaboración de dichas normatividades requiere de una secuencia de pasos, como la decisión política, de la elaboración propiamente dicha e idealmente una construcción concertada de la norma, de establecer los procesos



de negociación, de su aprobación y formulación por las instancias correspondientes, de su aplicación a nivel regional, y del monitoreo y evaluación de esta implementación.

Es así que, si pretendemos rescatar una característica común, es que para algunos indicadores que implicaban seguimientos de largo plazo, desde lo anterior mencionado hasta los Diplomados de capacitación, por ejemplo, hubo un limitado desempeño de actividades.

Preg 13. Durante la ejecución del Proyecto, ¿los objetivos reafirmaron su relación con los resultados esperados?

P.13.A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos

Durante el proceso de ejecución, las limitaciones manifestadas sobre el marco lógico, los árboles de problemas y objetivos, el Objetivo General y Específico y los indicadores señalados en la sección de diseño, debieron llevar a repensar y redefinir actividades en vistas a lograr el cumplimiento de los indicadores establecidos en el PRODOC. Lamentablemente, éstas no fueron ni modificadas ni adecuadas.

Esta falta de adecuación de actividades o de los indicadores al objetivo del Proyecto, así como los cambios coyunturales y la falta de monitoreo de todos los indicadores, especialmente de Fin, de Propósito y de Resultado afectaron la eficiencia del Proyecto. Así, por ejemplo, en el indicador de las FESP que no forma parte de las actividades rutinarias de la DIRESA, si bien forma parte del PRODOC nunca fueron programadas actividades en el Proyecto ni para el mejoramiento ni para su medición, solo hubo talleres de socialización de los resultados reportados en el estudio de Línea de Base. En opinión del equipo consultor hubiera sido recomendable que fuera modificado, al igual que otros indicadores o que se planificasen actividades, en coordinación con la DIRESA, para la consecución de lo programado.

Otra expresión de “no relación” entre las actividades realizadas por el Proyecto con los indicadores y los objetivos fue el apoyo a iniciativas como el *Plan Tseta Tana Aipa* o la propuesta de un modelo de establecimiento de salud nivel I-1 para el ámbito rural de la Amazonía, o el apoyo durante el brote de dengue, aunque para algunos entrevistados ello va en el Resultado 3 como Apoyo al Desarrollo de las Estrategias Nacionales, Atención de emergencias y desastres; que si bien no estaban consideradas en el PRODOC, a la larga



tuvieron resultados y repercusión positiva en el Proyecto; pues fueron concebidas como una necesidad por el Gobierno Regional y la coyuntura, e implementadas con la anuencia de la Cooperación Española. Como lo reportan en diversas entrevistas, el *Plan Tseta Tana Aipa* fue impulsado por una iniciativa del Gobierno Regional, y relacionado con la huelga en la DIRESA durante el primer año del Proyecto; que requirió compromiso y creatividad del personal del Proyecto para abordar un tema crítico de salud de la población vulnerable: la desnutrición materno-infantil; relacionada directamente a los objetivos del Proyecto.

La creación de este plan tuvo efectos en cascada, pues de acuerdo a lo manifestado por el Coordinador del Programa Conjunto, se elaboraron *Planes Tseta* municipales coherentes con el Plan Regional; y tuvo apoyo con el Proyecto Conjunto de Naciones Unidas. De esta forma, de manera indirecta, como consecuencia de decisiones implementadas durante el desarrollo del Proyecto, se contribuyó al cumplimiento del objetivo.

Preg 14. ¿Qué aspectos de la gestión del Proyecto son utilizados por la contraparte con otras fuentes de financiamiento, incluso nacionales y privadas?

P.14.A. Modelo de gestión utilizado con otras fuentes de Financiamiento

Si bien en las entrevistas se manifiesta la utilidad del modelo de gestión y de administración, no se describen otras experiencias de trabajo similar en las DIRESA. Sin embargo, se señala que “se fortaleció la planificación en la DIRESA, se fortaleció los equipos de gestión en la DIRESA...”. Los entrevistados y entrevistadas señalaron que la experiencia del Proyecto “nos abre los ojos”; y el aprendizaje es más evidente en las entrevistas del personal de Tumbes, quienes señalan que “nos enseñó muchas cosas...ha permitido aprender muchas cosas, como articular y como entrar a negociar con la Cooperación internacional, después de este Proyecto hemos tenido acercamiento con otras Cooperaciones ... para un centro materno infantil (...) ya entendemos la dinámica de la Cooperación ... no es lo que la Cooperación quiera darnos sino también a saber negociar que queremos nosotros y que queremos que ellos nos apoyen, que nos ayuden a fortalecer lo que nosotros queremos como Región”.

De esta manera, se puede inferir que indirectamente los involucrados en el Proyecto aprendieron técnicas y herramientas de gestión, que se tradujeron en mejoras de su propio accionar dentro de la DIRESA para las actividades del presupuesto público y



coordinaciones con otras instituciones. Y que a la larga, pueden transferirlas en el accionar de proyectos o intervenciones realizadas con otras fuentes de financiamiento además de las del sector público. Ello se vio fortalecido con el desarrollo de competencias de gestión en mucho funcionariado encargado de la gestión en la DIRESA y establecimientos de salud (ver indicador 14).

Preg 15. ¿Cuál es el nivel de institucionalización de los procesos desarrollados por el Proyecto?

P.15.A. Institucionalización de los procesos por la DIRESA Loreto

El nivel de seguimiento *“casi semanal”* de la Programación Operativa Anual (POA) es una práctica que se mantiene en la DIRESA, pese a que en las instituciones públicas los Planes Operativos no son habitualmente seguidos, como mencionan algunos entrevistados/as los POA *“se aprueban y se archivan”*, ello considerando que se ha logrado cierto grado de institucionalización de las actividades en Loreto. En el caso de Tumbes, con el tiempo se han perdido dichas prácticas *“ya todo lo ganado se perdió con el cambio del equipo de gestión”*. En Loreto, luego de un malestar inicial el Proyecto terminó ayudando a la gestión de la DIRESA. Se espera que las experiencias de gestión ganadas durante el desarrollo del Proyecto se mantengan.

El uso de formatos sencillos, como la planilla en Excel fue usada por los y las responsables de la DIRESA en sus respectivos resultados, para realizar sus programaciones mensuales, estableciendo las actividades que iban a realizar en el mes y su fecha de ejecución. Ello permitió contar con una programación mensual para la propia DIRESA, facilitado por el personal de la DIRESA adscrito al Proyecto. Además, dicha plantilla era adecuada para informar periódicamente el grado de cumplimiento de las actividades programadas y sus responsabilidades pendientes en el Proyecto.

Esperamos que estos logros una vez terminado el Proyecto se mantengan, y no como ha ocurrido en Tumbes donde los entrevistados y entrevistadas mencionaron que todo lo ganado como gestión y seguimiento de resultados *“se ha perdido”*. Lo cual nos hace reflexionar sobre la importancia de la participación activa de los diferentes actores y el grado de compromiso asumido para continuar con actividades o estrategias útiles en otros ámbitos de gestión de la propia DIRESA.



Preg 16. ¿En qué medida el Proyecto ha estimulado el trabajo inter y trans-sectorial y de los niveles de gobierno?, ¿Éstos se han vuelto sostenibles?, ¿Cuál es el nivel de aporte del proceso de descentralización, en ello?

P.16.A. Articulación entre los tres niveles de gobierno. Ejemplos de procesos articulados implementados durante el Proyecto por la DIRESA Loreto.

Dentro del proceso de descentralización cada nivel de gobierno requiere comprender cada vez mejor sus responsabilidades y derechos, tal como ha ocurrido en diversos países a nivel mundial, con ejemplos del trabajo inter-gubernamental y trans-sectorial. Es así que, en el contexto de descentralización se está en un proceso de maduración donde cada uno de los niveles de gobierno va comprendiendo progresivamente en el tiempo sus derechos y deberes, ello ha ocurrido en diversos países en el escenario mundial y en el regional. Por ejemplo, el Reglamento de la Ley de descentralización en Salud en Brasil ha sido emitido casi 20 años después de la Ley¹⁷.

Por otro lado, un análisis presentado a la Oficina General de Cooperación Internacional¹⁸ (OGCI) del MINSA muestra que aún no hay una definición clara de cómo se enrumba y como se articularán los tres niveles de gobierno.

Pese a esta incertidumbre y la ausencia de definiciones claras de procesos de acompañamiento entre los niveles de gobierno, durante la ejecución del Proyecto, existen, como ya se mencionó anteriormente, dos expresiones concretas de iniciativas regionales que respetando la normatividad nacional, buscan adecuaciones o aplicaciones a la realidad regional: (i) El *Plan Tseta Tana Aipa*, en Loreto, Plan de Lucha contra la Pobreza y la Desnutrición en Madres Gestantes, Niños y Niñas menores de cinco años, que cuenta con Resolución Ejecutiva Regional, que ha llevado al desarrollo de *Planes Tseta* locales, lo que demuestra la interacción entre el gobierno regional y local, haciendo sostenible estos Planes, más allá del nivel regional propiamente dicho; y (ii) La Ordenanza Regional 005-2011 Gobierno Regional de Tumbes que declaran feriados laborables los primeros miércoles y jueves de marzo, junio, setiembre y diciembre a fin de promover la participación en actividades de prevención y dengue, malaria

17 Informe de Consultoría sobre Malaria en escenarios de descentralización

18 Plan de Mejora de la OGCI. Lima, Febrero de 2011



y otras epidemias, en Tumbes; y que por ende integra a otros actores y otras instituciones en el quehacer de la lucha contra el dengue y la malaria, en este caso específico. Es así que se podría concluir, que sí ha habido aporte al relacionamiento intersectorial.

4.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO.

4.3.1 EFICACIA

Preg 17. ¿Logró atender las necesidades de la población?, ¿Cómo percibe la población la calidad del servicio materno infantil en los últimos 4 años en los establecimientos de salud de la ciudad de Iquitos, Nauta y Santa Rita de Castilla?

P.17.A. Percepciones de los usuarios y usuarias

En opinión del personal prestador de servicios y del personal vinculado al Proyecto, las acciones realizadas durante el desarrollo del Proyecto a través de equipamiento y capacitación del personal administrativo y asistencial han permitido mejorar la calidad en la prestación de los servicios y ello se traduce en “un aumento de la demanda”; eso también se evidencia en los “resultados de los estudios de satisfacción del usuario realizados en varios establecimientos... pero no todos...” del ámbito del Proyecto. El análisis de los estudios de satisfacción del usuario/a interno/a y usuario/a externo/a muestran valores elevados de satisfacción. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en los resultados entre los diversos estudios de seguimiento en cada establecimiento de salud.

A continuación se describen algunos resultados reportados de los estudios de satisfacción. En los resultados de satisfacción del usuario/a externos/a en 06 establecimientos de salud, realizada en octubre del 2010, se reportó:

- *“En el C.S. Cardozo se logró encuestar a 40 usuarios externos, contando con la participación activa de los encuestadores y supervisores. Se encontró que las dimensiones fiabilidad (84.76%), es donde se logró mayor y en la dimensión de aspectos tangibles (3.5%), es donde se logró una mayor insatisfacción. Por lo que es necesario elaborar proyectos de mejora continua en esta dimensión.*”



- En el **C.S. Belén** se encuestó a 60 usuarios encontrándose que 51.7% reportó satisfacción en la dimensión seguridad, 64.4% en empatía; en capacidad de respuesta 73.1%; en fiabilidad 57% y aspectos tangibles en 49.9%, llegando a tener un promedio de satisfacción de 64.6%. Dentro de los aspectos tangibles, su baja calificación está relacionada con los servicios higiénicos, donde 65% quienes respondieron que encontraban los baños sucios.
- En el **C.S. Nauta** se encuestaron 60 Usuarios Externos, encontrándose que en la Dimensión Fiabilidad 64.7% con buena satisfacción; en capacidad de respuesta una satisfacción de 86.3%; en la dimensión seguridad tenemos 86% de satisfacción; en empatía se alcanzó una satisfacción en 66.0% y en aspectos tangibles 84.6%.
- En el **C.S. San Antonio**, alcanzaron mayor porcentaje de insatisfacción en la aplicación a los usuarios externos (76-100%), las preguntas referidas a: Sala de espera, limpieza de baños, trato en caja/farmacia, explicación de tratamiento, respeto al horario de atención y realización de examen completo al paciente. Las dimensiones con mayor porcentaje de satisfacción en los usuario externo (53-62%), son las referidas a: tiempo adecuado para responder preguntas, atención en caja/farmacia, trato profesional, trato en admisión, respeto a la privacidad, letreros y señalización, atención en orden, escucha al usuario e inspiración de confianza.
- De los 60 usuarios externos encuestados en el **C.S. Moronacocha**, el mayor porcentaje de insatisfacción (54 a 63%) se obtuvo en las dimensiones de empatía, fiabilidad y seguridad; los usuarios manifiestan quejas en cuanto a la falta de privacidad, mal trato en admisión, caja y farmacia, etc. Por otro lado, los usuarios manifiestan que encuentran menor insatisfacción (40 a 43%) en cuanto a los mecanismos para resolver quejas y lo referente a la explicación de tratamiento.
- En el **C.S. 6 de Octubre**, el 73 al 75 % de insatisfacción se obtuvo en las dimensiones de capacidad de respuesta y aspectos tangibles (baños limpios y falta de confianza en los profesionales). Por otro lado se logró mayor satisfacción en la dimensión de fiabilidad en lo relacionado a la atención en orden”.

En conclusión, se reportaron niveles altos de satisfacción (>50%) desde la primera medición, y no se encontraron variaciones significativas en aquellos establecimientos de salud donde se realizaron mediciones subsiguientes.



Asimismo, se realizaron estudios de satisfacción del usuario y usuaria interna, con cierta periodicidad encontrando niveles discretamente elevados en los porcentajes de satisfacción en todas las dimensiones, excepto en lo relacionado a las remuneraciones e incentivos.

A continuación se describen los resultados de un estudio realizado en cuatro microrredes Iquitos Norte, Iquitos Sur, Nauta, Punchana en los establecimientos de salud CS Nauta, CS Sta. Rita Castilla, PS Masusa, PS Maynas, PS Vargas Guerra, PS Modelo, PS Progreso, PS Rumococha, PS Varillal.

1. “Trabajo actual. Organizados, pero el 32.7% registra que no pueden desarrollar sus habilidades.
2. Trabajo en general. Mayor del 70% de encuestados/as con Condiciones adecuadas de trabajo, Recursos y herramientas necesarias Satisfecho con mi Centro.
3. Interacción con el jefe inmediato. El 31.5% registra que no se reconoce su trabajo bien hecho y el 34% que los jefes no se interesan por los problemas de los trabajadores y trabajadoras.
4. Oportunidades de progreso. 32% no tiene oportunidad de capacitarse para desarrollar mejor sus habilidades.
5. Remuneraciones e incentivos. El 45.45% registra que su sueldo no está de acuerdo con lo que realiza, que la institución no se preocupa por mejora de los trabajadores/as.
6. Interrelación con los compañeros/as de trabajo. Adecuada interrelación, pero que el 30.3% registra que no existe disposición a ayudar a completar sus tareas.
7. Ambiente de trabajo. Adecuado ambiente, pero, el 37.6% registra que el servicio de higiene no brinda adecuado confort y limpieza”.

Preg 18. ¿El Proyecto ha tenido en cuenta las relaciones de género identificado brechas, y atendiendo de forma equitativa a mujeres y hombres?

P.18.A. Consideraciones de género en el Proyecto

El Proyecto, como todos los proyectos de la Cooperación Española, tiene en cuenta dentro de su propuesta las relaciones de género. Las **prioridades horizontales de la Cooperación Española**, son la “lucha contra la pobreza”, “defensa de los derechos humanos”, “equidad de



género”, “sostenibilidad ambiental” y “respeto a la diversidad cultural”. (p. 12 del PRODOC). En la pág. 14 señala que “el presente [Proyecto] pretende contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población priorizando a las más desfavorecidas, con el enfoque de género, el enfoque basado en derechos, promoviendo la intersectorialidad, actuando sobre los determinantes sociales de la salud, reconociendo la interculturalidad en la región y la biodiversidad”.

En la pág. 37 señala que *“para lograr los objetivos del proyecto será necesario una adecuada articulación entre las políticas de salud del nivel nacional, regional y local que considere el fortalecimiento de la oferta de servicios con criterios de calidad, enfoque de género, interculturalidad y derecho en salud; asimismo, promoviendo espacios de concertación entre los actores locales y regionales que permitan implementar políticas sociales de lucha contra la pobreza y exclusión social, en especial en los aspectos de educación, nutrición y saneamiento básico y la promoción de estilos de vida saludable en la familia”*. Más aun en la pág. 39 dentro de la sección integración de ejes transversales, desarrolla un acápite sobre equidad de género e igualdad de oportunidades mujer – hombre.

El Proyecto ha incorporado el enfoque de género en la identificación, formulación y en su ejecución tal como lo establece el PRODOC. Ello se evidencia explícitamente en algunas actividades presupuestadas, como Fomento de la ciudadanía, participación de la comunidad y sociedad civil sensibilizadas y fortalecidas en torno a la salud, los DD.HH. y género; y proyectos de intervención en políticas de Igualdad de oportunidades y Equidad de género en el Resultado 4. Las diversas actividades de capacitación del recurso humano, así como el trabajo sobre adolescentes “se realizaron sin distinción de sexo”; más aun se buscó fortalecer actividades en control de gestantes con énfasis en las adolescentes evidenciando el énfasis en la promoción de la equidad de género. Sin embargo, no se conocen actividades o intervenciones específicas relacionadas al tema o que se haya contado con el apoyo de especialistas en género.

P.18.B. Consideraciones de género en la aproximación a los indicadores

El análisis de los 19 indicadores muestra el énfasis en un enfoque implícito de género, con igualdad de oportunidades para los diferentes beneficiarios(as) (directos e indirectos), procurando la implementación de actividades sin muestras de discriminación, entre hombres y mujeres, en las diferentes intervenciones. Es así que, todos los indicadores de



Fin (Objetivo General) y Propósito (Objetivo Específico) que resaltan el tema de salud infantil (desnutrición crónica, mortalidad infantil, atención integral, atención de calidad), salud del y la adolescente (embarazo en adolescentes, atención integral, atención de calidad) y salud materna (mortalidad materna, parto institucional, gestantes controladas), además de los indicadores de redes sociales operativas y grupos de mujeres organizadas en torno a actividades productivas y de salud tienen un componente implícito de género. Sin embargo, no necesariamente se plantean diferencias explícitas en las necesidades entre los beneficiarios hombres y mujeres, o entre las adolescentes y los adolescentes u otros grupos.

El análisis de cada uno de los indicadores se encuentra detallado en esta sección.

Preg 19. ¿Ha mejorado los indicadores sanitarios previstos en el Proyecto?, ¿Cuál es la percepción de la población respecto a la calidad de los servicios de salud mejorados con el Proyecto?, ¿Se mantiene?

P.19.A. Indicadores de Fin (Objetivo General)

En general, la medición de los cuatro indicadores de Fin: Porcentaje de Desnutrición Infantil, Tasa de Mortalidad Infantil, Tasa de Mortalidad Materna y Porcentaje de Embarazo en Adolescentes muestran las tendencias reportadas previamente, sin alcanzar la meta ni mostrar diferencias significativas a lo largo del periodo. El análisis detallado de cada uno de ellos se encuentra a continuación.

Indicador 1. Porcentaje de Desnutrición Infantil.

La nutrición, como concepto biológico¹⁹, es en realidad un conjunto de equilibrios entre el ingreso y el consumo de varios macro y micro nutrientes. La medición antropométrica refleja este equilibrio de manera imperfecta. El déficit peso-talla o “desnutrición aguda” define una condición de desequilibrio muy marcada y clínicamente severa (su duración no es muy larga, no más de semanas, porque es incompatible con la vida), es una proporción baja, excepto en crisis muy severas, y no es un indicador muy útil en el país. El déficit talla-edad o “desnutrición crónica” refleja cambios acumulados y, más o menos a partir del tercer

19 Ver por ejemplo Semba & Bloem 2008 o FAO.



año de vida, es un indicador de secuela clínicamente inactiva (exagera la presencia actual del problema, al incluir consecuencias, básicamente irreversibles, de la presencia antigua del problema). Por ello, este indicador, que es el más usado, debe considerarse un sobreestimado y con poca capacidad para reflejar cambios en periodos anuales o menores.

Los datos de la ENDES para la Región Loreto muestran una discreta disminución en los valores de desnutrición crónica entre la medición del año 2000 [media: 41.48%; IC95%: 36.31-46.84%] y las siguientes mediciones [en el 2010, media: 33.28%; IC95%: 26.90-40.26%], sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas. Las mediciones entre el 2005 y el 2010 son bastante similares sin que exista diferencia estadísticamente significativa, pese a una elevación atípica como la observada en el año 2007. Se debe tener presente que los estimadores con Coeficiente de Variación mayor a 15% deben ser considerados como referenciales [Tabla 08].

En el caso de Tumbes, los niveles de desnutrición crónica a la largo del periodo 2000-2010 mantienen una discreta tendencia a la baja, sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa. Mientras que el 2000 el promedio de desnutrición crónica fue 15.59% (IC 95%: 12.07-19.91), en el 2010 fue 11.67% (IC95%: 8.53-15.76)

En el caso de los distritos del ámbito del Proyecto en Loreto se observa la tendencia a la disminución entre la medición del 2007 y la de los años posteriores sin que ésta sea estadísticamente significativa ni alcance la meta. Se debe tener en consideración que en el año 2007, sin tener evidencias para ello, se reportaron elevaciones de los porcentajes de desnutrición crónica [Tabla 09].

El análisis de la información del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), muestra también esta tendencia a la disminución en los promedios de la desnutrición crónica de la Región y del ámbito AECID, cumpliendo la meta de “disminución en 1% por año en desnutrición infantil” tal como se puede observar en la Tabla 06. En impresión de los consultores esta disminución no es estadísticamente significativa, pese a no tener datos de población. Por el contrario, para los Ámbitos Juntos y Crecer, así como para los niños y niñas del SIS se reporta un incremento [Tabla 10].



Académicamente, la medición antropométrica de los niños y niñas menores de 5 años es una técnica estandarizada²⁰, con bajo error y bajo rechazo²¹ en las encuestas de hogares, como ENDES o MONIN. La referencia internacional²² de OMS 2006 tiene un carácter normativo y es aceptada internacionalmente, habiéndose efectuado una transición progresiva desde el uso de las normas previas²³ de OMS 1979. Esta transición es relativamente simple para propósitos analíticos o epidemiológicos.

Finalmente, no se encontró diferencias significativas entre los valores reportados en el periodo. Por ello, si bien la desnutrición no ha disminuido significativamente a lo largo del Proyecto, no se ha incrementado, lo que demostraría el efecto de los diferentes eventos que la influyen; entre ellos las acciones implementadas por el Proyecto que han contribuido a esta disminución.

Indicador 2. Tasa de Mortalidad Infantil.

La Tabla 11 muestra la cantidad de muertes, en las diversas etapas de la vida en la Región Loreto, según la Oficina de Informática de Loreto. Las muertes tienden a aumentar entre los años 2007-2009 para luego mostrar una disminución, incluyendo la proyección para el 2011, tanto en la mortalidad neonatal temprana, mortalidad neonatal, mortalidad infantil y mortalidad en la adolescencia, no alcanzando la meta de disminución “en 1% por año de la Tasa de mortalidad infantil (menor de 01 año), en la zona de aplicación del Proyecto”. La única explicación razonable que justifique el aumento en las muertes en menores de un año es el sub-registro en los años 2007 y 2008 relacionado con los días de huelga.

Dentro de las principales causas de mortalidad neonatal temprana se encuentran: retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (P05, P07) con 34.87% [n=91]; trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20- P28) con 31.42% [n=82]; sepsis bacteriana del recién nacido (P36) con 12.46% [n=33] y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) con 11.88% [n=31]. En el caso de las principales causas de mortalidad neonatal se reportan retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (P05, P07) con 33.0% [n=111], seguido

20 Véanse los manuales de CENAN y las referencias de la OMS.

21 Véase el informe MONIN, que tiene menos de 4% de pérdida en antropometría.

22 Véanse los artículos de de Onis y OMS 2006.

23 Véanse los artículos de NCHS y de Waterlow y la guía OMS 1979



de trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20- P28) con 29.17% [n=98], sepsis bacteriana del recién nacido (P36) con 13.39% [n=45] y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) con 10.71% [n=36]. Finalmente en el caso de mortalidad infantil, las principales causas fueron infecciones respiratorias agudas (J00-J22) con 23.00% [n=152], retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (P05, P07) con 17.55% [n=116], trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20- P28) con 15.73% [n=104] y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) con 9.23% [n=61]. Ver Tablas 11A- 11C. Analizando estas causas persiste un porcentaje de muertes evitables, de manera que se requiere continuar fortaleciendo los esfuerzos del sistema de salud por evitar estas muertes²⁴.

Académicamente, la mortalidad infantil (el primer año de vida) comparte problemas metodológicos con la mortalidad materna. En el caso de ENDES se tiene la historia de los embarazos de cada MEF entrevistada. Aunque en números absolutos es casi el doble de las muertes maternas, tampoco es alto para la resolución muestral disponible. La letalidad para patologías seleccionadas, como IRA o EDA, tiene la aparente ventaja de que su denominador podría ser más accesible cuando es hospitalario y que la cifra porcentual es bastante mayor que la mortalidad, requiriendo menores tamaños muestrales. Sin embargo, el numerador es de todas formas un subconjunto de los numeradores de mortalidad y son pequeños en cifras absolutas. Además, la información hospitalaria llega con retraso a los registros de MINSA y a los registros de estadísticas vitales²⁵. Los denominadores hospitalarios pueden obtenerse pero la precisión está limitada por proporciones numéricamente pequeñas.

Indicador 3. Tasa de Mortalidad Materna.

La razón de mortalidad materna (RMM), indicador con amplia descripción en literatura demográfica²⁶, es un objetivo de las políticas globales²⁷ y como tal ha sido y es objeto de

24 OPS. Investigaciones operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Washington DC. OPS. 2001. 642 p.

25 Los informes más recientes sobre defunciones que han sido publicados por INEI corresponden a los años 2005 a 2008 y han sido publicados en 2009.

26 Ver revisiones en series Lancet: Campbell et al 2006, Ronsmans & Graham 2006, UN 1967, UN 2002, USDC/BOTC 1990 MMD V1, V2 y UN 1983 MX ITDE, Hunsinger 2011, Hartmann 2009, así como Wilmoth 2009 y Riffe 2010, dos trabajos que permiten reflexionar sobre sus aspectos conceptuales.

27 Junto con el acceso a la salud reproductiva, es el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>.



estimaciones²⁸, aplicaciones contemporáneas de análisis²⁹ y compromisos metodológicos internacionales³⁰, reconociéndose restricciones metodológicas en su estimación e interpretación³¹. La baja cobertura de registros nacionales de muertes en muchos países, incluyendo el Perú³², requieren estimaciones a partir de encuestas por muestreo, mediante estimaciones indirectas, como el método de las hermanas, enfrentando problemas de tamaño muestral³³ y sesgos en el numerador y en el denominador, propios del método³⁴ en particular o DHS³⁵ en general. A pesar de todos los esfuerzos metodológicos, en este momento la estimación de la RMM no es suficientemente robusta como para comparaciones de resolución menor a la quinquenal o nacional. Hay un trabajo muy activo³⁶ de búsqueda de mejoras metodológicas en la estimación de la mortalidad.

Lo descrito anteriormente guarda relación con un análisis de las causas de muerte en mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años), donde las principales causas de muerte son: neoplasias (tumores) con 29.7%; y todas las demás enfermedades con 28.7% [Tabla 12]. La muerte materna tiene numéricamente una tasa muy baja, lo cual no puede ser captado con suficiente precisión y oportunidad en muestras poblacionales. La muerte materna en el Perú, es un evento en el cual la vigilancia activa con registro total e individual de casos debiera ser el método de medición³⁷. La observación de los numeradores permite una discusión directa de los posibles sesgos.

Se observa que mortalidad materna luego de su elevación tanto en Loreto como en el ámbito del Proyecto en el año 2008, tiende a mantenerse constante en el periodo; se desconoce la causa de este incremento; pero una posibilidad es el sub-registro. Del total de muertes maternas en Loreto, las muertes en el ámbito del Proyecto representan 62.50% en 2008,

28 Ver WHO/UNICEF 1996, WHO 2001, WHO 2004, WHO 2008, y WHO/UNICEF/UNFPA/WB 2010.

29 Ensor et al 2010, Graham et al 2004, Gwatkin 2004, Lawn et al 2005, Högberg & Wall 1986, Riffe 2010.

30 Ver UN 2011, HMN 2008.

31 Ver AbouZahr 2010, Cross et al 2010, Graham et al 1996, Graham 2002, Graham & Hussein 2003, Graham et al 2008, Hakkert 2001, Hanson 2010, Hill et al 2005, Hill et al 2007, Yazbeck 2007.

32 Piscocoy & Queiroz 2010, INEI 1995, MINSA/OGE 2009, Vallenias 1999 y 2009.

33 Sobre la estimación de varianzas: Hanley et al 1996, Hill et al 2006, Garenne & Friedberg 1997.

34 Ver Garenne & Friedberg 1997, Stanton, Abderrahim & Hill 2000, Stanton, Smith et al 2001.

35 DHS, es la Encuesta Demográfica y de Salud; del inglés, Demographic and Health Survey

36 Ver Ahmed & Hill 2011 modelos, Berg, Danel & Mora 1998 vigilancia, Danel et al 1996 en centros de salud, Gakidou & King 2006 en reponderación de hermanos, Khlat 1994, Khlat 1996, Fargues 1992 en casos y controles, Hill et al 2009, Stanton et al 2001 en censos, Obermeyer et al 2010, Mathers & Boerma 2010 ajustes por tendencias en anamnesis por cohortes, Qomariyah et al 2010 informantes comunitarios, Riffe 2010 MMIR, Wilmoth 2009 LTR, Hill, AbouZhar & Wardlaw 2001, Hill et al 2007, Stanton et al 1996, WHO/UNICEF 1996, WHO 2001, 2004, 2008, WHO/UNICEF/UNFPA/WB 2010 en modelos, Hogan et al 2010 en ajustes complejos.

37 Una inspiración metodológica puede tomarse de la gráfica de Scott Sørli, citada por Michael Friendly: <http://www.math.yorku.ca/SCS/Gallery/images/commonsenserevolution6.pdf>.



50.00% en 2009, 40.00% en 2010 y 58.33% en 2011. Analizando por grupos etáreos, las muertes tienden a ser más elevadas en el grupo de ≥ 35 años, excepto en el año 2008 donde las muertes maternas en el grupo etáreo de 20-34 años representa el 72.50% [Tabla 13]. Si bien no se alcanzó la meta de disminución de 10% en la Tasa de mortalidad materna con respecto de la situación inicial, ello puede estar relacionado con un elevado sub-registro en el 2007.

El análisis de las muertes maternas en el periodo 2009-2011, en Loreto y Tumbes [Gráficos 03-04, en el documento de anexos] muestra que la mortalidad materna tiende a ser muy similar a lo largo del periodo en cada Región.

Indicador 4. Porcentaje de Embarazo en Adolescentes.

El embarazo en adolescentes tiene determinantes distales y determinantes próximos. Dentro de los distales existen: socio culturales y ambientales (lugar de residencia; disponibilidad de medios; legislación; patrones culturales; etnicidad), familiares (características del jefe de familia (edad, sexo, educación, empleo...); ¿madre tuvo hijos/as durante adolescencia?); e individuales (nivel educativo, planificación familiar; participación laboral; exposición a medios; religión; expectativa de número de hijos/as; cantidad de parejas); mientras que dentro de los determinantes próximos están el estado conyugal, edad de la primera relación sexual y uso de anticonceptivos³⁸.

El análisis nacional basado en la ENDES, periodo 1991/1992-2007/2008, muestra el porcentaje con actividad sexual reciente, el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años, el porcentaje de adolescentes menores de 15 años que ya han tenido su primera relación sexual y que la mediana de edad en la primera relación sexual se ha incrementado, al igual que el delta entre la edad de la primera relación sexual y la edad de unión. Tal como lo reporta la literatura internacional estos porcentajes son mayores en la población del primer quintil o población más pobre [Tabla 14].

El embarazo adolescente aumenta la probabilidad de que la mujer trabaje y también acelera el ingreso al mercado laboral.³⁹

38 UNFPA – Perú. Embarazo adolescente. Lima, 22 de marzo 2010

39 Alarcón G. ¿Cómo desconectar la transmisión inter-generacional de la pobreza? El caso de las madres adolescentes en el Perú. INEI, Lima, 2002.



El análisis para Tumbes y Loreto usando la ENDES en el periodo 2007-2010 muestra que en ambas Regiones la proporción de adolescentes que han tenido hijos/as al momento de la encuesta se mantiene estable, sin diferencias significativas. Comparando los ámbitos rural y urbano, el porcentaje de embarazo adolescente es más elevado en el primero; mientras que comparando Tumbes y Loreto, la proporción es más elevada en Loreto. Se debe señalar que en todos los casos el coeficiente de variación es mayor del 15% por lo que estos valores deben ser tomados como referenciales.

El análisis del embarazo en adolescentes en Loreto muestra una discreta tendencia a la disminución en el promedio, de 11.10% (IC95%: 5.30-21.77%) en el 2007 a 8.57% (IC95%: 4.93-14.49%) sin diferencias significativas, siendo este porcentaje más elevado en el ámbito rural, como era de esperarse. En el caso de los distritos del ámbito, se observa un pico en el año 2008 con una media de 12.70% (IC95%: 3.11-39.71) para luego ir disminuyendo; para el 2010 se obtuvo una media de 6.50% (IC95%: 2.84-14.21%). Un fenómeno similar se observa en Tumbes con un pico en el año 2008 de 9.17% (IC95%: 5.27-15.49) para luego ir disminuyendo a 3.62% (IC95%: 1.74-7.38%) [Ver Tablas 15-17].

P.21.B. Indicadores de Propósito (Objetivo Específico)

Indicador 5. Cobertura de Parto Institucional.

En Loreto, el análisis de la tendencia del parto institucional muestra un discreto aumento de 39.19% (IC95%: 25.90-54.30%) en el 2007 a 46.01% (IC95%: 38.38-53.82%) en el 2010; se debe tener presente que el coeficiente de variación en la medición del 2007 fue mayor al 15% por lo que su valor debe ser considerado como un referencial. En los distritos del ámbito del Proyecto también se observa este discreto incremento pasando de 56.36% (IC95%: 28.91-80.39%) en el 2007 a 72.45% (IC95%: 59.03-82.76%); aquí también el coeficiente de variación en la medición del 2007 fue mayor al 15% [Tabla 18]. En resumen, los valores reportados para los distritos del ámbito muestran un aumento en la cobertura del parto institucional, sin que existan diferencias significativas a lo largo del periodo. El elevado coeficiente de variación impide concluir si se alcanzó la meta de incremento en 20% del parto institucional Loreto.

En el caso de Tumbes, se observa una discreta tendencia a la baja sin que haya una diferencia significativa. Los valores fueron 98.73% (IC95%: 91.81-99.82%) en el 2007 y 94.91% (IC95%: 87.49-98.03%); en este caso el coeficiente de variación fue siempre menor al 15% [Ver Tabla



18]. En el caso de Tumbes se concluye que no se alcanzó la meta de incremento en 5% en el parto institucional.

El estudio sobre barreras socioculturales que limitan el acceso de las gestantes a la atención del parto institucional en el distrito de San Juan Bautista durante el año 2009 recomienda la creación o fortalecimiento de algunos EE.SS. para que sean puntos de entrega de atención de parto, facilitando el acceso a las mujeres que viven más alejadas y de bajos recursos económicos, especialmente a las que están asentadas a lo largo de la carretera Iquitos-Nauta. Segundo, priorizar intervenciones sanitarias periódicas en poblaciones de las zonas peri-urbanas y rurales, facilitar la afiliación al Seguro Integral de Salud, y el uso racional de medicamentos para garantizar un servicio completo a las mujeres que acuden en trabajo de parto, ya que estas razones económicas para la no atención se perciben como maltrato y causan alejamiento de los servicios de salud. Tercero, realizar campañas de promoción y prevención, para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, educar a la gestante en diferentes aspectos, como la identificación de los signos de alarma en el embarazo parto y puerperio. Cuarto, promover las “Casas de Espera” en lugares cercanos a los Centro de salud, para disminuir las barreras de transporte. Quinto, capacitar a todo el personal de salud en lo relacionado a técnicas de comunicación y negociación, para abordar la gama de costumbres que trae consigo cada paciente, debiendo ser monitorizados/as y evaluados/as de manera permanente. Los y las profesionales debieran realizar evaluaciones clínicas, de acuerdo a la guía de práctica clínica vigente (Normas Técnicas y Guías de Práctica clínica para la atención del parto con adecuación cultural), para lograr una mayor aceptación hacia los servicios de salud. Sexto, promover la participación activa de la pareja y la familia durante la atención del parto según criterio profesional, ya que permitirá lograr un mayor acercamiento y confianza entre el personal de salud, la parturienta y sus familiares.

Finalmente, sobre la posición en la atención del parto, hay preferencia por la posición vertical en la atención del parto domiciliario, por lo que es necesario adecuar las salas de parto, así como también mejorar las destrezas y habilidades de los profesionales de salud para la atención del parto vertical. En la atención del parto domiciliario, la partera, aliada de los equipos de salud, tiene un rol activo al orientar, dar recomendaciones, realizar maniobras de acomodación (sobar) en forma externa, sin tener ayuda diagnóstica que permita determinar con precisión la situación, posición y ubicación de la placenta, por lo que es necesario brindarles información basada en evidencias para evitar generar complicaciones a la madre y neonato.



Indicador 6. Cobertura de Gestantes Controladas (06 controles prenatales).

Según la ENDES, el análisis de la tendencia de gestantes controladas muestra en Loreto un discreto aumento pasando de 53.70% (IC95%: 43.41-63.67%) en el 2007 a 60.85% (IC95%: 52.03-69.01%), diferencias no significativas (coeficiente de variación menor al 15%). En el caso de los distritos del ámbito del Proyecto en la Región Loreto también se observa este discreto incremento entre los años 2007 al 2009, disminuyendo en el año 2010, siendo 71.24% (IC95%: 57.33-82.04) en el 2007 y 73.24% (IC95%: 66.80-78.82) en el 2010. Esta variación menor al 5%, está muy por debajo de la meta propuesta (incremento en 50%). [Ver Tabla 19]. En Tumbes, se observa un discreto aumento entre el 2007 y 2010, sin que estas variaciones sean significativas (coeficiente de variación menor al 15%) ni alcancen la meta propuesta por el Proyecto. Los valores fueron 84.65% (IC95%: 63.52-94.59%) en el 2007 y 85.20% (IC95%: 80.77-88.75%). [Ver Tabla 19].

En el caso de ambos indicadores previos, más allá de la mejora de la infraestructura y equipamiento de los servicios de salud (para más detalle, ver indicador 10), que permite mejorar la calidad de atención percibida por los usuarios y usuarias externos/as y el clima organizacional percibido por los usuarios/as internos/as, se requeriría programar diversas actividades de promoción de salud, para promover un cambio de comportamiento. Por otro lado, se debe considerar que la mejora en infraestructura y equipamiento se dio a partir del año 2009, con mayor énfasis en el 2010 y 2011 (el desempeño de los servicios no pudo ser medido por falta de información disponible).

Indicador 7. Proporción de niños/as que reciben Atención Integral de Salud –AIEPI.

Considerando posibles pérdidas de historias clínicas (HC) se solicitaron más historias clínicas que las establecidas en el tamaño muestral, por ello en todos los EESS se contó con más del 100% de las HC requeridas según protocolo. Pese al apoyo del Proyecto, no se alcanzó la meta propuesta (incremento en 100% respecto de la situación inicial); no se encontraron causas que expliquen este bajo desempeño pese a los contenidos en atención integral del niño/a en las capacitaciones, así como el apoyo en impresiones de los formatos [Ver Tabla 20].

La Tabla 20 muestra que sólo 47.62% (70/147) de las HC revisadas contaban con formato de atención integral, cuando se esperaba encontrar que casi la totalidad de HC contarán con dicho formato. Las variables con registro más elevado fueron Crecimiento y Desarrollo



(91.16%), Estimulación temprana (87.07%) y Uso de AIEPI (84.35%). Cuando se comparan los resultados con el estudio de Línea de Base se observa un incremento en todas las variables registradas, excepto en el registro de suplemento de sulfato ferroso que reporta una disminución de $\Delta=34.18\%$. Mientras que los mayores incrementos se registraron en uso de AIEPI ($\Delta=65.50\%$) y estimulación temprana ($\Delta=30.82\%$).

El incremento en el registro de información, pese a la reducida cantidad de HC que contaban con el formato de atención integral, probablemente esté relacionado con la experiencia nacional previa de trabajo en EESS en la población infantil (menor de 5 años) y con el programa de capacitación en atención integral del niño y la niña que ha permitido mejorar la calidad de atención y registro para esta población. Se debe destacar que la realización de capacitaciones del recurso humano, gracias al apoyo del Proyecto, ha favorecido al incremento de estos valores.

Indicador 8. Proporción de adolescentes que reciben Atención Integral de Salud.

Se solicitaron más HC de las estimadas en el protocolo; pero, sólo en el CS Cardozo se contó con 75.99% de las HC estimadas, pues al momento de la visita cambiaban de un sistema de HC individuales a un sistema de HC familiares con distribución geográfica. La Tabla 21 muestra que sólo 5.38% (7/130) de las HC revisadas contaban con formato de atención integral del adolescente, cuando se esperaba encontrar que la totalidad de HC contaran con dicho formato. El análisis de las variables muestra que sólo la consejería integral aumenta significativamente en $\Delta=31.49\%$. En conclusión, no se alcanzó la meta de incremento del 100% sobre la Línea de Base.

Una posible explicación de este bajo incremento observado en todas las dimensiones, excepto en “Consejería Integral” está relacionado a la limitada difusión y capacitación sobre el uso de la Guía Técnica para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el primer nivel de atención y con la normatividad nacional que impide la atención individual de menores de edad sino es en compañía de los padres, madres o un adulto que ejerza la patria potestad. Además, la mayoría de HC revisadas eran de adolescentes mayores de 15 años (66.92%), de ellos el 81.71% eran hombres o mujeres que consultaban sobre planificación familiar, control prenatal o ITS en cuyo caso en la HC se hace mención de consejería en salud sexual y reproductiva, en algún momento. Por otro lado, cuando se analiza la calidad de llenado de las fichas de atención integral del adolescente, éste es bastante limitado ya sea por el



no registro de información o simplemente como reporte de la consulta externa utilizan el formato SOAP (subjetivo, objetivo, apreciación, plan) enseñado en las facultades de medicina del país.

Estos bajos resultados guardan relación con los limitados esfuerzos en capacitación en atención integral del o la adolescente, probablemente vinculados al limitado desarrollo de la normatividad nacional. Otro aspecto a tener en cuenta, y que se encuentra relacionado con lo anterior es la rotación del personal de salud, sobre todo de médicos, enfermeras y obstetrices SERUM.

Otras posibles explicaciones están relacionadas con la ausencia de actividades de acompañamiento que permitan monitorear la calidad de llenado de las HC como parte de los compromisos a ser ejecutados por la DIRESA, tal vez como auditoría de HC y consecuentemente, establecer planes de mejoramiento; se nos informó que ello *“estuvo programado y se ejecutó a través de la Oficina de Calidad”*, pero sin tener acceso a dicho informe ni al consecuente plan de mejoramiento. Por otro lado, en opinión de algunos entrevistados/as la iniciativa de atención integral en salud no tiene una direccionalidad conocida *“no tiene un rumbo claro”*. Finalmente, no encontramos evidencia que permita explicar el por qué del muy bajo porcentaje de HC con fichas de atención integral pese al apoyo en impresiones realizado por el Proyecto.

Indicador 9. Proporción de Establecimientos de Salud que brindan atención de calidad en Salud.

Durante la implementación del Proyecto se realizaron encuestas de satisfacción del usuario/a externo/a como un proxy a la calidad de atención. Se contó con los informes de estudios realizados en 27 (42.86%) EESS de los distritos del ámbito del Proyecto en Loreto. En general los porcentajes de satisfacción del usuario/a eran mayores al 50% (ver pregunta 22). En 19 de los 27 (70.38%) EESS se realizaron por lo menos dos entrevistas de satisfacción del usuario/a, sin diferencias significativas entre ellas. No se logró alcanzar la meta (incremento en 25% respecto a la medición inicial).

Los 27 establecimientos de salud con evaluaciones de satisfacción del usuario/a externo/a fueron: CS Moronacocha, CS Bellavista Nanay, CS San Juan, CS América, C.S Maynas, CS Túpac Amaru, CS Nauta, PS Masusa, CS San Antonio, PS Fernando Lores, PS Porvenir, PS Progreso, CS Cardozo, PS Modelo, CS Santa Clara, PS Delfines, PS Zungarococha, PS



Rumococha, PS Quistococha, CS Santo Tomás, CS 06 de Octubre, CS Belén, PS Vargas Guerra, CS 09 de Octubre, PS Sgto. Lores, PS Paujil, PS 1º de Enero.

Hubiera sido ideal contar con los protocolos de estudios de satisfacción del usuario/a, así como con los informes de los estudios mencionados, pues tamaños muestrales de 40 pacientes, como las reportadas para algunos establecimientos de salud, pueden no ser representativas para este tipo de estudios. Finalmente, la teoría de satisfacción del usuario/a plantea el análisis cada seis o doce meses sobre cómo va el desempeño institucional; sin embargo, se pudo comprobar la ausencia de una medición periódica regular.

En conclusión, basados en la data de los EESS donde se realizó más de una medición se encuentra que el nivel de satisfacción está dentro de lo reportado para establecimientos de salud del MINSA, desde la primera medición, y que ésta no se ha incrementado significativamente en las subsiguientes mediciones.

P.21.C. Indicadores de Resultados

Indicador 10. Establecimientos de Salud que cuentan con equipamiento necesario según su nivel de resolución.

Este indicador fue definido operacionalmente como el porcentaje de equipos adquiridos por el Proyecto, necesario para atender madres, niños y adolescentes de acuerdo a su capacidad de resolución. Los equipos adquiridos fueron distribuidos a los establecimientos de salud, según su nivel de resolución de acuerdo a lo programado. Como se puede observar en la Tabla 22, se adquirieron 995 Equipos Médicos, Mobiliario asistencial o Instrumental Médico que representa el 101.02% (995 adquiridos/985 programados). Dado que se adquirieron mayor número de bienes que los programados, *“se alcanzó la meta”*. La adquisición realizada, en consonancia con las programaciones anuales, sólo representó el 45.55% (245 535.10/539 020.00) de la ejecución financiera.

Según lo reportado y referido en las entrevistas, el equipamiento adquirido fue el programado de acuerdo a las necesidades de los establecimientos de salud según su capacidad resolutive. Al final del estudio se ha distribuido el equipamiento adquirido al 100% de los establecimientos de salud de acuerdo a lo programado.



Lamentablemente por limitaciones para la realización de esta evaluación no se pudo verificar si los equipos venían siendo usados y cuán apropiadamente.

Indicador 11. Establecimientos de Salud que cuentan con infraestructura suficiente y adecuada, de acuerdo a su nivel de resolución.

Este indicador se definió como el número de EESS con infraestructura suficiente y adecuada para atender madres, niños y adolescentes de acuerdo a su capacidad de resolución; siendo la meta establecida para Loreto, en el protocolo, de 24. Según los reportes y lo referido se intervinieron y adecuaron *“20 establecimientos de salud”* lo cual representa el 83.33% (20/24, según lo establecido en el protocolo) o el 37.04% (20/54, según lo establecido en el PRODOC). Independiente de ello, no se alcanzó la meta [Ver Tabla 23]. Se debe señalar que la meta del PRODOC no establece la cantidad de EESS a intervenir en cada Región. El estudio de línea de base considera 36 EESS a intervenir de los 58 existentes en el ámbito del Proyecto en Loreto. En la presente evaluación se realiza un ajuste en la meta establecida en el PRODOC tomando en consideración el total de EESS en cada una de las regiones y estableciendo una distribución proporcional.

Lamentablemente, existen limitaciones en la normatividad al no existir una regulación que establezca las características en infraestructura que deben tener los EESS, pues la normatividad establece las Unidades Productoras de Servicios de Salud de Atención Directa y de Prestación de soporte como servicios finales, pero no hay una definición de las características arquitectónicas mínimas que deben tener las diversas categorías de EESS. Más aun, dadas las características geográficas y medio-ambientales existentes en el país, los EESS deben tener especificaciones arquitectónicas determinadas que deberían generarse en el marco del proceso descentralizador.

El Proyecto desarrolló un modelo arquitectónico para establecimientos de salud categoría I-1, con la construcción y equipamiento del PS Lupuna al final del Proyecto. Este modelo es una iniciativa que debería continuar para las otras categorías de EESS, de manera que se pueda contar con establecimientos de salud técnicamente apropiados y con adecuación a la realidad amazónica. Ello debe permitir mejorar la calidad de la infraestructura sanitaria en la Amazonía Peruana, con la utilización de material de la zona y disminución de los costos de construcción. Este proceso es importante en el contexto de descentralización en el que se encuentra inmerso el país.



Indicador 12. Establecimientos de Salud que reciben mantenimiento frecuente.

El mantenimiento puede ser recuperativo o preventivo. Según las normas establecidas para el buen uso de los equipos médicos, debe disponerse del 5% del valor total del equipo por año para garantizar su normal funcionamiento, es decir un adecuado mantenimiento preventivo, o en todo caso implementar un programa de mantenimiento preventivo con personal y equipos adecuados que permita contar con una apropiada red de servicios de salud. Es posible que este mantenimiento pueda ser mixto, es decir, por un lado para equipos que lo requieran se opte por el mantenimiento con servicios por terceros; y por otro lado, para trabajos comunes es necesaria la capacitación adecuada del personal, que además cuente con la logística necesaria que permita cumplir con el programa de mantenimiento. Esta modalidad es vital para un adecuado funcionamiento de la red de servicios y requiere que las instituciones lo consideren en el presupuesto.

Tal como fuera referido en la entrevistas, en relación a los equipos entregados, *“no se ha realizado mantenimiento preventivo”, “no existe una cultura [en los establecimientos de salud] de mantenimiento preventivo”*. En este sentido el valor del indicador “Número de Establecimientos de salud con mantenimiento frecuente”, entendido al menos por una visita anual de mantenimiento general del EESS es cero, no alcanzando la meta.

El compromiso del presupuesto de contrapartida nacional podría haber favorecido el mantenimiento en los establecimientos de salud e impulsado un cambio en la cultura de la organización.

Indicador 13. Porcentaje de Personal de salud capacitado en los protocolos médicos para la atención de la madre, niño y adolescente.

En el estudio de Línea de Base se señala que *“... como parte del proceso y específicamente considerando la necesidad de evaluar el RR.HH especializado o facilitador de capacitaciones en servicio, se solicita información respecto a las pasantías en centros de formación o capacitación acreditados. Es decir con capacitadores, programa curricular, condiciones físicas mínimas que permita el entrenamiento teórico práctico de los pasantes. Estos contenidos fueron discutidos arduamente en el taller de diseño con los responsables de las microrredes y los funcionarios de la DIRESA; así mismo, en el taller de elaboración del plan operativo 2008 del proyecto. La DIRESA*



*Loreto, finalmente aprobó la propuesta...*⁴⁰. Los contenidos de capacitación propuestos están descritos en el Anexo 09 en el documento de anexos.

Junto a este escenario temático, la DIRESA consideró más apropiado el desarrollo de programas estructurados de capacitación desarrollados por universidades locales o universidades nacionales. Para ello se desarrollaron diversos diplomados: Diplomado Actualización Médica, Diplomado Atención Integral del Niño, Diplomado Obstetricia, Programa de Capacitación a los Técnicos Sanitarios, Diplomado para Odontólogos; así como Pasantías del Personal Profesional [Ver Tabla 24]. Iniciaron su participación en estos cursos, diplomados o pasantías un total de 220 personas, entre profesionales de salud (médicos, enfermeras/os, obstetras, odontólogos/as) y técnicos/as asistenciales, éstos últimos solo fueron 25. Debido al alto porcentaje de rotación referido, culminaron 184 personas (83.64%). Todos los técnicos/as asistenciales culminaron su curso. La mayor cantidad de abandonos se presentó en el Diplomado de Actualización Médica donde solo 54.29% de los y las profesionales culminó el programa (19 de los 35 que iniciaron).

Considerando la meta de “80% del personal de salud capacitado cumple con los procedimientos establecidos en los protocolos médicos para la atención de la madre, niño y adolescente”, y suponiendo que quienes completan su capacitación cumple los procedimientos de atención pese a la ausencia de protocolos, se alcanzó la meta.

Si en el ámbito de las 5 micro-redes existen 192 profesionales de salud, tal como lo establece el estudio de Línea de Base, se capacitó a 169 profesionales de salud, lo que representa 82.81%. Lamentablemente no se pudo contar con información del total de personal asistencial (entre profesionales y no profesionales) que labora en dichos EESS. Ello permitiría afirmar, con la limitación señalada que superó la meta de “80% del personal de salud capacitado cumple con los procedimientos establecidos en los protocolos médicos para la atención de la madre, niño y adolescente”, representando un cumplimiento de 103.51%.

Junto con ello debemos señalar que se realizaron Concursos para investigaciones operativas en la atención del niño/a y en la atención de la madre, siendo adjudicados un proyecto de investigación operativa en cada rubro en el año 2010. Estos estudios realizados oportunamente,



deberían haber servido de insumos para desarrollar las acciones correctivas para mejorar la atención integral del niño/a y de la madre.

Indicador 14. Porcentaje de Personal de salud con responsabilidad capacitado en contenidos de gestión de los Servicios de Salud.

Se esperaba que al finalizar el Proyecto 100% del personal directivo (*DIRESA, Redes, Micro-redes, EE.SS*) capacitado cumpla con aplicar los instrumentos de gestión de los servicios de salud. Según la línea de base el personal directivo lo componen: 24 en PS, 27 en CS, 49 del equipo técnico en la DIRESA y 16 directivos de DIRESA, haciendo un total de 116 personas. Considerando que culminaron su capacitación en gestión 69 personas, sólo se alcanzó 59.48%.

Se debe señalar que estas capacitaciones se realizaron como sigue: un Diplomado en Gestión Sanitaria para el personal directivo en la DIRESA en el cual iniciaron 35 personas habiendo culminado 97.14% (34/35), y un curso de capacitación para 35 técnicos/as administrativos, culminado por el 100% de los mismos [Tabla 24]. Se desconoce las razones por las que no se programaron más actividades, en vistas a alcanzar la meta propuesta. Una posible explicación es que estas actividades fueron programadas entre los años 2010 y 2011.

Con el propósito de poder brindar elementos para una mejor capacidad de regulación y elaboración de políticas sanitarias, y como parte de las capacitaciones, se desarrollaron dos Diplomados en Lima para el capítulo de la DGSP, en Economía y en Políticas Sanitarias. Participaron 40 personas en cada uno de ellos [Tabla 24].

Indicador 15. Nivel de desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), alcanzado por la DIRESA.

Tal como reporta el informe de seguimiento del año 2009, se desarrollaron cinco talleres de socialización de los resultados para el funcionariado de la DIRESA y personal de Salud en FESP: componentes de planificación y gestión (FESP 5) con 32 participantes, regulación (FESP 6) con 32 participantes, mejora del acceso a los servicios (FESP 7), calidad de los servicios (FESP 9) con 26 participantes y emergencias y desastres (FESP 11) con 28 participantes. No se contó con detalles sobre racionalidad de los talleres específicos. Lo más frecuente en dicho proceso es tener talleres donde se presenten los resultados encontrados, y se



programen actividades para mejorar el desempeño en la organización (nivel central, regional o local). Estos talleres deben ir acompañados del compromiso político para implementar acciones que puedan generar los cambios. En la revisión de los documentos se encuentra referencia al desarrollo de estos talleres, sin embargo, en las entrevistas realizadas no se hace referencia a acciones sobre las FESP, resultado de los talleres.

Fuera de la medición en el estudio realizado por el MINSA para evaluar el desempeño de las FESP en las regiones del país, entre setiembre del 2005 y mayo del 2006, no se ha realizado otro estudio. Dichas evaluaciones se realizaron en talleres participativos con participación de autoridades del primer y segundo nivel, autoridades de diferentes instituciones y el nivel directivo de la DIRESA.

Como se señalara previamente, la medición de las FESP no es una actividad realizada de manera habitual por las DIRESA. Por otro lado, el Proyecto más allá de los talleres previamente descritos no incentivó ninguna nueva medición del desempeño. Más aun, hubiera sido más apropiado que en lugar de tener 5 talleres para discutir en cada uno de ellos una de las FESP, se realizaran 2-3 talleres donde se evaluara el estado actual de las FESP en Loreto, contando con el apoyo de profesionales del nivel local o central que hayan tenido experiencia en estos eventos de evaluación, ya sea como participantes o como facilitadores.

Las FESP describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones. Las FESP se califican entre 0 y 1.00, siendo el valor de cero para un nulo desempeño mientras que el valor de uno es para un desempeño óptimo. Así, para cada una de estas funciones se establecen competencias e indicadores; por ejemplo, para la FESP 1 el país debe realizar (1) la evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios, (2) la identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud, (3) El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo, (4) La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud, (5) La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento



de la calidad de vida, (6) El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los y las responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y la ciudadanía, y (7) La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis. Para ello, se consideran los siguientes Indicadores: (a) Guías de seguimiento y evaluación del estado de salud; (b) Evaluación de la calidad de la información; (c) Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud; (d) Apoyo tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud; y (e) Asesoría y apoyo técnico a las instancias sub-nacionales de salud pública.

Indicador 16. Porcentaje de Municipalidades que consolidan los contenidos de Municipios Saludables.

Al inicio del Proyecto y durante el Estudio de Línea de Base, existían otros criterios según la normatividad vigente del MINSA para municipios saludables. Estos criterios eran: sensibilización de las autoridades y firma del Acta, conformación del equipo de trabajo, elaboración del plan de trabajo, ejecución y monitoreo y evaluación. Según algunos entrevistados/as *“los 4 distritos de la ciudad de Iquitos cumplieron”*.

El MINSA recientemente definió los siguientes criterios para calificar a un municipio como saludable:

- 03 Proyectos de Inversión Pública simplificada ejecutados: en salud materna neonatal, en cuidado infantil y otro según la prioridad sanitaria local, durante el año.
- 50% de Agentes Comunitarios de Salud del distrito, realizan acciones a favor de la salud materna neonatal, cuidado infantil y otras según la prioridad sanitaria local, durante el año.
- 50% de Familias de niños y niñas menores de 36 meses y gestantes que han recibido sesiones demostrativas y consejerías, durante el año.
- 50% de Instituciones Educativas estatales que han alcanzado logros previstos, según estándares establecidos en el instrumento de evaluación, durante el año.
- 100 % de niñas y niños con inmunizaciones completas y oportunas para la edad, durante el año.
- 100% de niños menores 1 año con CRED oportuno para su edad, durante el año.



- 80% de Parto Institucional en relación a los partos programados, durante el año.
- 100% de niños/as menores de 5 años con Documento Nacional de Identidad durante el año.

Es así que, en la actualidad, para calificar como Municipio saludable se debe cumplir indicadores que alcancen resultados previstos a través de un trabajo articulado entre Gobierno Local, Establecimientos de salud, Organizaciones de Base y comunidad organizada, que aún no se ha logrado. Para lograr ello, durante la ejecución del Proyecto, se trabajó intensamente a través los Comités Multisectoriales a nivel local, lográndose lo siguiente: (a) Creación de 02 Centros de Vigilancia Comunal (San Juan e Iquitos); (b) Elaboración del *Plan Tseta Tana Aipa* en municipios; (c) Apoyo en las campañas de prevención del Dengue (recojo de inservibles, difusión, personal, limpieza, etc.); (d) Organización de la Red regional de municipalidades saludables; (e) Sesiones demostrativas de alimentación y nutrición; y (f) Apoyo en la capacitación de agentes comunitarios, entre otras acciones.

Sin embargo, el trabajo desarrollado por la Dirección de Promoción de la Salud, específicamente a través de la Dirección de Participación Comunitaria que trabaja con Municipios y Agentes Comunitarios en Salud y a los logros específicos, el análisis de la información alcanzada por la DIRESA muestra que el resultado para considerar municipios saludables, con la nueva normatividad actual es 0.00%. Al momento de las entrevistas se nos informó que tanto los municipios saludables como las escuelas saludables *“están en proceso de evaluación, acreditación”*. Además se ha conformado *“la red de Municipios saludables”*. Es así que, si se considerase los criterios previos, se ha logrado contar con *“4 municipios saludables”* (66.67% -4/6- de la meta programada).

Indicador 17. Porcentaje de Instituciones Educativas que consolidan los contenidos de Instituciones Educativas Saludables.

En el periodo 2007-2011, 63 Instituciones Educativas fueron acreditadas como Instituciones Educativas Saludables, representando el 144.44% (63/45) de las metas previstas según protocolo de estudio, siendo *“aproximadamente 10 instituciones por cada distrito”*. Dicha actividad es responsabilidad de la Dirección de Educación para la Salud; como parte de la acreditación utilizan un Instrumento de reconocimiento de logros, evaluando las seis fases de la acreditación.



Para lograr calificar como institución educativa saludable es necesario que la comunidad educativa con el apoyo de aliados y los padres y madres de familia logren que los y las estudiantes en todos los niveles mejoren su comportamiento en hábitos saludables, para ello se desarrolla la metodología de implementación descrita en Anexo 10.

La Dirección de Educación para la Salud de la Dirección de Promoción de la Salud ha venido acompañando todo el proceso *“gracias al apoyo de AECID (...) siendo nuestra mano derecha”*, logrando con ello superar la meta programada.

Indicador 18. Porcentaje de Redes Sociales Operativas en participación comunitaria.

Durante el periodo 2007 - 2011 el Proyecto apoyó 10 Redes Sociales, cumpliendo la meta y correspondiendo al 100.0% (10 de 10). Estas redes sociales fueron: (1) ROJUL, (2) Promotores/as Educadores de Joven a Joven (PEJAJ) de la UNAP, (3) Consejo Regional de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente – Loreto (CRAJPEA), (4) Red de niñas niños y adolescentes (REDNNA), (5) Red de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y Género de Loreto (RPAVFSYG), (6) Instituto de Apoyo a Grupos Vulnerables (INAGRUV), (7) Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES), (8) CAPITAL HUMANO SOCIAL (CHS), (9) Comisión de Justicia, Paz y Derechos Humanos del Vicariato Apostólico de Iquitos (CJPDHVAI) y (10) RESTINGA.

Todas ellas son Organizaciones que promueven los derechos, deberes y responsabilidades en público niño(a), adolescentes y mujeres, que recibieron el apoyo económico de AECID para realizar sus actividades.

Son Organizaciones Sociales de Base (OSB): **Red de Organizaciones Juveniles de Loreto (ROJUL)**, una Asociación de 15 organizaciones juveniles de Iquitos. **Promotores Educadores de Joven a Joven (PEJAJ)** de la UNAP, integrado por estudiantes de diversas facultades de la UNAP que realiza actividades como charlas y abordajes interpersonales, encaminadas a la prevención de ETS y VIH-SIDA dentro y fuera del recinto universitario; está acreditado por la Oficina General de Bienestar Universitario de la UNAP y se organizan para desarrollar diversas actividades en beneficio propio y de proyección a la comunidad. A partir del 23 de octubre del 2010 funciona el **Consejo Regional de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente – Loreto (CRAJPEA)**, organización de adolescentes y jóvenes estudiantes, capacitados y capacitadas en temas de salud sexual y reproductiva, y con interés y



ánimo para hacer incidencia política con autoridades regionales y locales e incidencia pública involucrando a los medios de comunicación para la prevención y atención del embarazo en adolescentes. La **Red de Niñas, Niños y Adolescentes (REDNNA)**, Asociación de Alcaldes Escolares de los centros educativos secundarios de la ciudad de Iquitos, reconocidos por la Dirección Regional de Educación, tienen como propósito la incidencia política a nivel de Gobiernos y Sectores Sociales en beneficio de la población adolescente y del niño, y **Red de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y Género de Loreto (RPAVFSYG)**.

Las ONGD que recibieron apoyo del Proyecto fueron: **Instituto de Apoyo a Grupos Vulnerables (INAGRUV)**, dedicado a desarrollar programas de Desarrollo de la Mujer en la región Loreto, entre los temas que se resaltan es género, interculturalidad, ciudadanía, derechos; desarrollan investigación en temas de violencia familiar y contra la mujer y promueven las políticas de igualdad de oportunidades. **Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES)**, dedicado a la salud materna y de la mujer, promueve los programas de paternidad responsable. **Capital Humano Social (CHS) Alternativo**, se ha especializado en la lucha contra la trata de personas, y dos problemáticas que están intrínsecamente vinculadas: el tráfico ilícito de migrantes y la búsqueda de personas desaparecidas. La **Comisión de Justicia, Paz y Derechos Humanos del Vicariato Apostólico de Iquitos (CJPDHVAI)** dedicada a la protección del niño/a y adolescentes en especial en la Trata de Niños/as y Adolescentes, problema muy frecuente y complejo de la Amazonía; está dedicada a la protección de las poblaciones indígenas y del medio ambiente. **RESTINGA**, ONGD Local, dedicada a la promoción de estilos de vida de los jóvenes, utiliza medios poco convencionales para atraer a los y las jóvenes en especial de barrios marginados de alta violencia social y familiar.

Como se puede observar varias de estas redes sociales trascienden del Proyecto tanto en el ámbito geográfico como en el tiempo. En tal sentido, se ha logrado el objetivo de promover el desarrollo de comunidades saludables, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios de la comunidad; propiciando la participación de la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización.



Indicador 19. Número de grupos de mujeres organizadas en torno a actividades productivas y de salud.

En el marco del Programa de Comunidades Saludables, se esperaba que de las Redes Sociales que logran incorporarse al Programa de Comunidades Saludables, el 50% estuviese constituido por Grupos de Mujeres organizadas en torno a actividades productivas.

Solo el desarrollo de programas sociales sin la articulación a la dimensión económica - productiva y de una activa participación social se torna en una estrategia muy débil para alcanzar el desarrollo integral de las comunidades.

En tal sentido siendo el Proyecto dirigido al fortalecimiento Institucional del Sector Salud, se tuvo previsto focalizar en las organizaciones productivas y específicamente constituidas por mujeres la implementación de estrategias que permitieran ilustrar sobre el proceso de inclusión social y de género.

La cantidad de Grupos de Mujeres Organizadas que el Proyecto apoyó entre 2007 y 2011 fueron 07, lo cual representa el 14.0% de la meta programada. Estos grupos fueron OSB de Mujeres Líderes de los Distritos de San Juan Bautista, Belén, Punchana, Iquitos y Parinari; así como los Grupos de Mujeres Rurales de Manacamiri y Lupuna. Organización de Comités de gestión productiva a través "Punchi Warmi" en el Distrito de San Juan Bautista y Movilizadoras de Santa Rita de Castilla en el Distrito de Parinari. Este bajo cumplimiento de la meta propuesta puede explicarse, pues según algunos entrevistados/as *"la meta no se ajusta a la realidad"*, junto a ello se debe incluir un tema cultural en el cual el trabajo solo de grupos de mujeres no es frecuente.

En los Talleres de capacitación para mujeres líderes en bio-huertos (facilitadoras), se capacitaron 22 mujeres provenientes del Distrito de San Juan Bautista, 13 de la Comunidad de Laguna Azul; 29 de la Comunidad Puerto Almendras; y 16 de la Comunidad de San Juan de Llanchara. Por otro lado, 14 mujeres de los centros poblados Anexo de San José de Parinari, Anexo de Shapajilla y Anexo de Leoncio Prado recibieron capacitación en bio-huertos con técnicos de la Municipalidad de San Juan Bautista; y 3 mujeres movilizadoras recibieron asistencia técnica, materiales, herramientas y semillas.



Se debe resaltar que en los últimos años en la región Loreto se ha venido trabajando el empoderamiento de las mujeres, especialmente en 06 distritos del ámbito del Proyecto.

Preg 20. ¿Se han alcanzado todos los resultados previstos de la intervención?

P.20.A. Cumplimiento del Objetivo Específico y de los Resultados.

Una revisión de los indicadores más específicos relacionados con los resultados muestra que se alcanza la meta en menos del 50% de ellos. Por ejemplo, en el Resultado 1 se alcanza la meta en la adquisición de los equipos médicos, mobiliario, unidades de transporte e informáticos; se aproxima a la meta en la refacción de infraestructura; y ninguno en promover una cultura de mantenimiento frecuente de los establecimientos de salud. Este avance en el cumplimiento fue facilitado por la programación mensual realizada por el personal de la DIRESA y el acompañamiento semanal realizado por equipo asignado al Proyecto.

Los indicadores específicos de atención integral relacionados con el Objetivo Específico son el indicador 07 (atención integral del niño/a) y el indicador 08 (atención integral del adolescente), en ambos casos no se logra la meta (aumento del 100% sobre el valor basal); para el indicador 07 sólo se alcanzó un incremento máximo (65.60%) en el uso de AIEPI, y para el indicador 08 sólo se alcanzó un incremento máximo (31.49%) en consejería integral. Se observa un mayor aumento en la atención integral del niño/a, probablemente ello está relacionado con la cultura del AIEPI impulsada por OPS desde varios años atrás y al Diplomado de Atención integral del niño y niña que tuvo en una primera parte 30 egresados/as y en la segunda 25 egresados/as, además del Programa de Capacitación a los y las Técnicos Sanitarios donde se desarrollaron módulos de atención integral del niño/a; dicho curso contó con 25 egresados y egresadas.

Es evidente que el grado de cumplimiento y de logro de las metas guarda relación con el grado de acompañamiento, con la programación de actividades específicas que permitieran alcanzar las metas en varios indicadores (especialmente de aquellos que no forman parte de la actividad habitual que desarrolla la DIRESA); guardando relación directa con los informes de seguimiento y con el acompañamiento *“había un seguimiento casi semanal para ver el avance”*. Este acompañamiento hubiera sido más apropiado si en el análisis de los informes, anuales por lo menos, se hubieran analizado todos los indicadores, especialmente los



indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado; y se hubieran determinado estrategias que permitieran superar las brechas en caso de encontrar que no se estaban logrando las metas programadas.

Preg 21. ¿Cómo el Proyecto ha ayudado a promover la modificación de las concepciones y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad y riesgos vigentes de la población beneficiaria?

P.21.A. Disminución de riesgos mediante aumento de prácticas preventivas en gineco-obstetricia (salud materna).

El análisis de la tendencia de gestantes controladas utilizando la información de la ENDES muestra que en Loreto se observa un discreto aumento sin que éste sea significativo, pasando de 53.70% (IC95%: 43.41-63.67%) en el 2007 a 60.85% (IC95%: 52.03-69.01%); se debe tener presente que el coeficiente de variación nunca fue mayor al 15%. En el caso de los distritos del ámbito del Proyecto se observa este discreto incremento entre los años 2007 al 2009, disminuyendo en el año 2010, sin ser estadísticamente significativas (coeficiente de variación menor al 15%) [Ver Tabla 19]. Ello evidencia que no hay un aumento de las prácticas preventivas en gineco-obstetricia. En consecuencia, pese a los esfuerzos desarrollados por el Proyecto no se ha logrado un aumento de prácticas preventivas en gineco-obstetricia (salud materna).

P.21.B. Disminución de riesgos mediante aumento de prácticas preventivas en pediatría (salud infantil).

Una característica similar ocurre en relación a las prácticas preventivas en pediatría, donde de acuerdo a la información de la ENDES no se ha registrado un aumento en la atención de CRED (Tabla 29), con coeficientes de variación elevados, por lo cual los resultados son solo referenciales. Consecuentemente no hay una disminución significativa de la desnutrición crónica. Según CENAN, en los distritos del ámbito del Proyecto en Loreto se observó una disminución de la desnutrición crónica entre la medición del 2007 y los años posteriores sin que ésta sea significativa [Tabla 10].



Otra práctica preventiva que es usada como referencia es la cobertura en inmunizaciones. Se evidencia un comportamiento irregular en las coberturas de inmunizaciones [Tabla 30]. En los distritos de Belén, Iquitos, San Juan y Nauta la cobertura de APO, DPT/Penta y SPR se incrementa en los años 2009 y 2010 mostrando diferencias significativas con los años previos. Lo contrario ocurre en el distrito de Parinari que muestra disminuciones significativas en la cobertura de APO, DPT/Penta, SPR y AMA. Consecuentemente, se podría manifestar que el Proyecto no ha tenido un efecto directo en la disminución de riesgos mediante aumento de prácticas preventivas en pediatría (salud infantil) analizando la cobertura de CRED, de inmunizaciones y la prevalencia de desnutrición crónica.

Preg 22. ¿Cómo el Proyecto ha promovido variaciones de la demanda o no de los servicios de salud por parte de los usuarios/as?, ¿Cómo ha variado la percepción de los proveedores de salud respecto a ello?, ¿Cómo han variado las rutas y tratamientos más comunes seguidos por la población para la solución de los problemas de salud?

P.22.A. Variación de la demanda en los servicios de salud.

Se parte del principio que el Proyecto ha provocado un aumento en la demanda y en la calidad de las atenciones. La evidencia muestra un incremento significativo de las atenciones en los establecimientos de salud del primer nivel en el ámbito de la intervención pasando de 67,310 atenciones en el 2007 a 1,027,319 en el 2010 [Tabla 31], un aumento de más de 15 veces lo reportado en el 2007; no obstante, si comparamos con la cifra del 2008 y los conflictos organizacionales, las atenciones aumentan en alrededor de un 45% pese a la huelga de más de 3 meses de duración. Es muy probable que la cifra del 2007 corresponda a un sub-registro de las atenciones realizadas en los establecimientos de salud, ello independiente de los brotes producidos en el periodo (de influenza y de dengue).

También se reconoce que este aumento de atenciones está vinculado al aumento de la cantidad de profesionales de salud motivados, en los establecimientos de salud del ámbito, como consecuencia del desarrollo de los programas de Diplomado; más allá de que como señalara uno de los entrevistados “el nivel de rotación de los profesionales de salud es bastante elevado”; una prueba de ello es que al cierre de un Diplomado del total de profesionales que empezaron, solo había 50% de los y las que habían iniciado.



Hay que tener en cuenta, que además de los factores externos que han influenciado en el incremento del número de profesionales y que pese a la rotación del personal y al sub-registro en algunos EESS, la capacitación del personal de salud contribuye a elevar la calidad de los servicios prestados y por consiguiente a incrementar su demanda a lo largo del proceso. Las capacitaciones realizadas brindaron herramientas a los y las profesionales que han permitido mejorar su atención, tanto desde el punto de vista técnico, relacional y de entorno o contexto.

4.3.2. ALINEAMIENTO

Preg 23. ¿Se han tenido en cuenta las estrategias y programas de desarrollo del país socio?

P.23.A. Alineamiento con estrategias y políticas del Estado Peruano.

En todo momento de la intervención, se tuvieron en cuenta las políticas, estrategias y programas de desarrollo del Estado Peruano tanto desde el nivel nacional como regional y local.

Para medir el grado de alineamiento del PCHPy sus intervenciones sobre las políticas públicas peruanas, se tomó fundamentalmente como referencia la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional, establecida por la Agencia Peruana de Cooperación Internacional en el año 2006, que se sustenta, a su vez, en las políticas de Estado del Acuerdo Nacional. De los cuatro ejes estratégicos: Seguridad Humana, Institucionalidad, Desarrollo Humano y Competitividad sostenible, podríamos señalar que el Proyecto toca los tres primeros. Ello es confirmado por algunos de los entrevistados y entrevistadas quienes señalaron que el Proyecto se ajusta *“a la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional de la APCI”, “... fue coordinado con la APCI”* y *“...se ajusta al SNIP”*. Ajustarse al SNIP obligó al Proyecto de Tumbes (2002-2007) a elaborar un PRODOC en el año 2005, *“después de estar más de un año en funcionamiento”*.

Además se debe reconocer que el Proyecto fue definido con el MINSA y con las Regiones, consecuentemente alineado con las políticas sectoriales e inter-sectoriales del MINSA y de Loreto y Tumbes. Por ejemplo, con el Programa Articulado Nutricional (PAN) orientado a



conseguir la reducción de la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años. Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del MINSA. También con las políticas intersectoriales de escuelas saludables con el sector Educación (Ministerio de Educación, 2007. Guía Instructiva de la Movilización Social Escuelas Seguras, Limpias y Saludables. MINSA, 2006. Guía de gestión de la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud); y las políticas en planificación familiar, consejería y atención en salud sexual y reproductiva (RM 536-2005/MINSA Aprobación de la NT 032-MINSA/DGSP-V01: Norma Técnica de Planificación Familiar, RM 290-2006/MINSA Guía de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, RM 142-2007/MINSA Guía de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, RM 278-2008/MINSA Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, entre otras).

Preg 24. ¿En qué medida el Proyecto contribuyó a los ODM?

P.24.A. Armonización y sostenibilidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La Declaración del Milenio, entre otros elementos, derivó en la aprobación de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que los Jefes de Estado se comprometieron a alcanzar; la mayoría de los ODM tiene metas precisas expresadas en términos cuantitativos- en 2015. Los 8 ODM son: (1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre; (2) Lograr la enseñanza primaria universal; (3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; (4) Reducir la mortalidad infantil; (5) Mejorar la salud materna; (6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; (7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y (8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Al analizar el Proyecto en el marco de los ODM, a través de los documentos y de los indicadores observamos que desde el PRODOC se señala que un elemento del marco referencial son los ODM (p. 13), más aun señala que está vinculado a los ODM 4 al 7. Sin embargo, a la luz de todos los objetivos vinculados a salud en la infancia y la adolescencia así como el relacionado a los grupos de mujeres organizadas entorno a actividades productivas y de salud podríamos señalar que el Proyecto incluye los ODM del 3 al 7. El análisis de otros elementos como el



Plan Tseta Tana Aipa estaría enfatizando que la intervención del Proyecto está dirigida sobre los ODM 3 al 5.

Basados en los presupuestos utilizados y en los Resultados Esperados 1-3 enfocados en la oferta de los servicios de salud al mejorar la infraestructura y el equipamiento de los EESS, y las capacidades de recursos humanos, se puede concluir que el Proyecto contribuyó principalmente a los ODM 4 al 6: También se mantiene la tendencia a la disminución de la mortalidad materna y mortalidad infantil, persistiendo un largo camino por recorrer. También se observa un aumento en la proporción de gestantes controladas (≥ 6 controles prenatales) en el ámbito seleccionado pero aún persisten los altos niveles de embarazo en adolescentes; y ha mejorado la calidad de atención en los servicios, medida a través de distintos estudios de satisfacción del usuario/a.

Preg 25. ¿Se concretaron convenios, acuerdos interagenciales vinculados a los objetivos del Proyecto?

P.25.A. Convenios o Acuerdos interagenciales.

No existen convenios ni acuerdos interagenciales relacionados directamente al Proyecto. Sin embargo, si se hace una aproximación amplia al tema de bienestar de la población y a la prioridad de población materna, infantil y adolescente se debe señalar que el Programa Conjunto impulsado por Naciones Unidas (PNUD) es una expresión de acuerdos interagenciales, en los cuales ha participado AECID, y por ende está vinculado indirectamente al Proyecto.

A raíz del *Plan Tseta Tana Aipa* se promovió un espacio interagencial entre el Gobierno Regional de Loreto, Gerencia de Desarrollo Social, UNICEF, OPS – Programa Conjunto, Oficina de Cooperación Internacional. Una reunión en la Ciudad de Iquitos junto con los y las cooperantes locales formalizó su inicio. El Gobierno Regional no promovió nuevas reuniones.

UNICEF es una institución que mantuvo un trabajo más coordinado con el Proyecto; como resultado del mismo, se logra el diseño y los pasos iniciales de los Centros de Vigilancia Comunal, en especial la puesta en marcha de la estimulación temprana y prenatal teniendo 2 centros modelos de capacitación y 18 promotoras en Parinari capacitadas en estimulación temprana. UNICEF estuvo presente en el proceso de diseño.



4.3.4. APROPIACION

Preg 26. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas como parte del desarrollo del Proyecto en Gestión?, ¿Trabajo multisectorial?, ¿Coordinación?, ¿Intervenciones educativas en Salud Materno Infantil?, ¿Equipamiento en Salud Materno Infantil?, ¿Atención Integral en Salud Materno Infantil?

Una forma de medir la apropiación es recolectar las percepciones de los y las participantes del Proyecto sobre las lecciones aprendidas como consecuencia de la implementación del Proyecto. Estas percepciones fueron preguntadas y ordenadas en los tres niveles (diseño, procesos, resultados).

P.26.A. Lecciones aprendidas en el diseño del Proyecto, expresadas por los y las entrevistadas.

1. Se requiere evaluar apropiadamente el documento de Proyecto (PRODOC) para que exista coherencia interna en la documentación y concordancia con las evidencias descritas en la literatura internacional. Esta coherencia incluye el árbol de problemas y de objetivos, el esquema de marco lógico y sus indicadores. Ello requiere la inclusión de la literatura internacional sobre determinantes sociales en salud, adecuaciones culturales y procesos de cambios de comportamiento
2. Las intervenciones directas en los establecimientos de salud, como equipamiento o capacitación al personal de salud, integradas con intervenciones comunitarias, influyen simultáneamente sobre la oferta y la demanda en los servicios de salud; enfoque que debe estar desde el inicio de un Proyecto. Por ejemplo si hay capacitación en AIS en la infancia, se debería complementar con intervenciones comunitarias de acompañamiento de los menores de 5 años y acciones de promoción.
3. El planteamiento de los indicadores de cualquier proyecto de salud debe estar vinculado con actividades que son habitualmente realizadas por los establecimientos de salud o las instituciones que tengan que ver con su implementación.



4. Toda propuesta de modificación de comportamiento debe establecer actividades o estrategias financiadas por el Proyecto que estimulen y contribuyan directamente a dicho cambio.
5. Todo indicador debe contar con una definición clara que incluya de manera desagregada el nombre del indicador, su definición operacional y la meta propuesta para el mismo. Más aun, los cambios en las definiciones operacionales de los indicadores deben ser establecidos y plasmados de tal manera que permita su seguimiento a lo largo de la implementación del Proyecto, y por ende se puedan medir sus logros al finalizar el Proyecto.

P.26.B. Lecciones aprendidas en la ejecución del Proyecto.

6. Parte del empoderamiento regional, debe incluir la elaboración de planes operativos e informes con participación activa de los diferentes actores regionales, desde el personal directivo, hasta el personal asistencial y administrativo (p.e. exposiciones de resultados realizadas por el Director de la DIRESA).
7. Las adecuaciones o adaptaciones de acuerdo a nuevos escenarios o necesidades existentes, como la presencia de brotes que generan solicitudes de apoyo por parte de un Gobierno Regional o DIRESA, permiten generar nuevas estrategias o planes exitosos, tal como sucedió con la elaboración del *Plan Tseta Tana Aipa* en la Región Loreto.
8. Para efectos de sostenibilidad, toda acción que incluya o necesite de un presupuesto permanente para su ejecución, como el mantenimiento de equipos o infraestructura, debe incluir un presupuesto de contrapartida, que debe ir en aumento a lo largo de la intervención; disminuyendo por ende el apoyo del Proyecto. Debe haber un compromiso explícito por parte de la autoridad correspondiente para el cumplimiento del mismo.
9. Como parte de las acciones de monitoreo y evaluación, que realiza el equipo de gestión, además de analizar los indicadores de actividades se debe realizar un seguimiento y análisis periódico de los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado. Ello permitirá definir nuevas intervenciones de manera integrada y no sólo por actividades puntuales.
10. El monitoreo financiero, tanto del presupuesto de la Cooperación como del presupuesto de contrapartida nacional, contribuye a que se asuman compromisos por ambas partes, y la sostenibilidad de la intervención.



P.26.C. Lecciones aprendidas en los resultados de los indicadores del Proyecto.

11. La ausencia o limitado financiamiento específico para intervenciones que estimulen activamente cambios de comportamiento se traduce en un bajo cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado.

4.3.5. VIABILIDAD O SOSTENIBILIDAD.

Preg 27. En su opinión, ¿Cuáles son los elementos que permiten hablar de sostenibilidad del Proyecto?

P.27.A. Elementos de la Sostenibilidad del Proyecto

En el análisis de la sostenibilidad, se reconocen a la sostenibilidad técnica, social y financiera. Para la primera se identifican a las Normas y políticas implementadas, la Institucionalización organizacional, Estrategias, Desarrollo de Capacidades y Generación de conocimiento.

Sobre la institucionalización organizacional, se reconoce que implícitamente desde su diseño, se buscó promover la sostenibilidad en los capítulos del Proyecto, pues la programación y ejecución de actividades fueron realizadas por el propio funcionariado de ambas DIRESA y del MINSA, buscando articular sus actividades a la de las Regiones intervenidas. Sin embargo, con la información disponible, se infiere que en el Proyecto el tema de la sostenibilidad no ha sido abordado de manera prioritaria sobre la propia ejecución de actividades, de tal manera que no se disponen de garantías que permitan asegurar la continuidad de procesos y la perdurabilidad de los resultados alcanzados, pese a existir diversas estrategias de empoderamiento reconocidas en la literatura y experiencia internacional que facilitan la apropiación local.

Es así que en Tumbes, como consecuencia del cambio de autoridades, luego de los últimos procesos electorales del 2010, la sostenibilidad de las intervenciones y de los avances logrados con los procesos se perdió, tal como es afirmado por diversos entrevistados/as. Sin



embargo, un factor rescatable es que el proceso de implementación del Proyecto permitió al personal de Cooperación Internacional de la Región aprender la dinámica de la cooperación y consecuentemente el crecimiento, en este caso personal e institucional mientras se desempeñe en dicho cargo.

En el caso de Loreto, en relación a las normas y políticas se identifican el *Plan Tseta Tana Aipa*, el modelo de establecimiento de salud de nivel I-1, y la propuesta de remuneraciones diferenciadas para trabajadores/as en zonas alejadas en Loreto; de ellas sólo la primera contó con normatividad regional. Un aspecto de institucionalización organizacional es la incorporación como prácticas habituales a la programación y monitoreo permanente de actividades por parte del equipo de gestión de la DIRESA. Asimismo, es importante hacer hincapié en el desarrollo de capacidades a través del Proyecto, que a la larga permitirá que el personal que participó en determinadas capacitaciones pueda aplicar y transmitir lo aprendido.

En relación a las estrategias, se reconoce como elementos positivos la promoción de investigaciones operacionales, y el acompañamiento (monitoreo) semanal. Sobre el desarrollo de capacidades, se identifican a los procesos de capacitación de recursos humanos mediante programas con valor académico (p.ej. diplomados y cursos universitarios).

En el tema de sostenibilidad social, es importante la participación del Proyecto en espacios regionales de concertación como la Mesa de Lucha contra la Pobreza, el apoyo a Redes Sociales Operativas en participación comunitaria (indicador 18) y a grupos de mujeres organizadas en torno a actividades productivas y de salud (indicador 19).

Finalmente, en relación a la sostenibilidad financiera, se reconoce como positivo el aporte del PpR como una herramienta para hacer frente a problemas de desnutrición crónica, en el marco del Programa Articulado Nutricional, así como el apalancamiento de recursos a través del Programa Conjunto de Naciones Unidas. Asimismo se identifica como negativa la falta de transparencia en el presupuesto de la contraparte nacional.



5

CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

El PCHP 2007-2011 brindó un marco operativo estable y funcional para implementar iniciativas de cooperación bilateral entre Perú y España, destinado a afrontar la lucha contra la pobreza y a fortalecer procesos conducentes a una mayor gobernabilidad democrática en el Perú, en este contexto se implementó el Proyecto, descrito como una segunda fase del proyecto inicial desarrollado en Tumbes (PCHP 2002-2006).

El Proyecto gozó de cierta flexibilidad que permitió, de acuerdo a necesidades sentidas de la Región, incluir o excluir actividades que fueran acordadas entre las partes durante la fase de ejecución.

5.1 PERTINENCIA

El Proyecto guarda relación con los Lineamientos de Política señalados en el Plan Nacional de Salud 2007-2011 y con las prioridades de inversión en salud. Intervenir en la Región Loreto y dentro de ésta en los distritos priorizados fue una *“decisión política”* por parte de las autoridades del MINSA y de la DIRESA; y relacionado con las prioridades de la AECID. Desde una perspectiva de prioridades de desarrollo, ni Tumbes ni Loreto se encuentran dentro de las Regiones con menor valor de IDH, ni dentro de aquellas con mayor incidencia de pobreza extrema, ni como regiones priorizadas por la APCI. Sin embargo, se consideró Loreto, en función de las características de sus centros poblados, la diversidad de etnias y las limitadas vías de comunicación (principalmente por río) que dificultan el acceso en todos los aspectos, tanto económico, educación y salud, que tienen que ver con el desarrollo.



El diseño y la propuesta del Proyecto (PRODOC) siguió un proceso de construcción participativo y amplio, que fue consensuado por la DIRESA y la Cooperación Española; y en el cual participaron profesionales y autoridades locales de los distritos de Iquitos y Nauta, a través de talleres cuyos resultados fueron sistematizados y utilizados como insumo para el PRODOC. Es así, que con todas las limitaciones que pueda tener un proyecto, la gran fortaleza ha sido que se generó a partir de las iniciativas de los propios actores de la Región.

5.2. COHERENCIA INTERNA

El análisis del PRODOC ha permitido constatar una suficiente coherencia interna basada en la correspondencia entre el Objetivo Específico y las Actividades propuestas para alcanzarlo, que enfocan la oferta; no siendo así con el Objetivo General que enfatiza la demanda. Las actividades de la oferta se señalaron en los resultados 1, 2 y 3, mientras que las de la demanda en el resultado 4. Esta débil articulación se opone a la teoría sobre los determinantes sociales en salud, que evidencia que la sola mejora de la oferta en salud no necesariamente produce bienestar en la población. Según la metodología de Marco Lógico, la consistencia es apropiada cuando se analiza desde la perspectiva de la oferta, pero no cuando incorpora en el análisis la demanda.

El PRODOC se elaboró en base a una estructura que permitiría realizar un adecuado seguimiento de todos los indicadores del Proyecto, lo cual no siempre ocurrió; pues a través de los Informes de Seguimiento se evidencia que no existió un apropiado seguimiento de los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado; excepto en el año 2008.

Se observa un riesgo al dimensionar en forma elevada ciertas actividades, especialmente de la oferta, cuando el Objetivo General está sobre la demanda, pero éste depende del logro agregado de los resultados del Proyecto. En tal sentido, para el Resultado 4 “Adecuada participación de las redes sociales y del gobierno regional y local en la reducción de los riesgos de los otros determinantes de la salud” sólo se programó 16.78% del presupuesto y se ejecutó sólo 12.77%.

Los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultados se encuentran parcialmente desarticulados de las Actividades, ya que como parte de una mejor articulación hubiera



sido necesaria la programación de actividades o tareas específicas y un acompañamiento permanente que promueva el cambio de comportamiento en la población meta establecida para cada indicador.

Por otro lado, el PRODOC combina una definición operacional parcial de los indicadores con las metas, sin separar éstas por ámbitos geográficos. En la definición de metas como variación de porcentajes sobre la medición de Línea de Base, implícitamente se trabaja con los promedios negando la existencia de muestras e intervalos de confianza; así como diferencias por regiones.

El nivel de monitoreo del cumplimiento de los indicadores fue realizado semestral y anualmente para los indicadores de Actividades (indicadores del 19 al 72), no así para los indicadores de Fin, de Propósito y de Resultado, excepto en el informe del 2008. Más aun, llama la atención que en las programaciones anuales no se hayan establecido actividades que de manera directa ayuden al logro de ciertos indicadores, especialmente en el caso de actividades que no son realizadas habitualmente por la DIRESA ni por el MINSA, como es el caso del indicador de FESP o adolescentes de riesgo con atención integral en salud.

Se encontró una insuficiente programación y cumplimiento en las actividades que implicaban seguimientos de largo plazo, como las investigaciones, documentos de gestión (ROF, MAPRO).

5.3 COHERENCIA EXTERNA

Existe coherencia entre el Proyecto y las prioridades sectoriales de la Cooperación Española, encontrando correspondencia entre las intervenciones y los objetivos y líneas estratégicas establecidas en el DEP 2005-2008. También existe coherencia con las prioridades internacionales manifestadas en los ODM, las Declaraciones de Roma y París, y la Agenda de acción de Accra.

Basados en los documentos estratégicos de la Cooperación Española, aparentemente no hubo una incorporación explícita de las prioridades horizontales relacionadas con sostenibilidad ambiental y diversidad cultural, ya que no se programaron actividades, ni se destinó presupuesto para el desarrollo de estas prioridades.



5.4 APROPIACION

Hubo una activa participación del personal de las DIRESA y del MINSA desde inicios del Proyecto: en coordinaciones y reuniones con población local y autoridades para definir sus necesidades de salud, en la sistematización de dicha información, en la elaboración de los TdR para elaborar el PRODOC y su aprobación; así como en la elaboración de los POA y los informes de seguimiento semestrales y anuales. Asimismo, en la elaboración de los planes mensuales, recibiendo retroalimentación semanal del cumplimiento de sus actividades programadas, convirtiéndose en actores directos del Proyecto. Con todo, la participación activa directa de las DIRESA en el proceso de socialización de los resultados es un elemento a mejorar en futuras intervenciones.

La descentralización favoreció una mayor apropiación del Proyecto por parte del funcionariado de las DIRESA, lo cual permitió un mayor entendimiento de la dinámica de la cooperación por parte de la DIRESA y el Gobierno Regional. También favoreció la inclusión de iniciativas que respondan a necesidades Regionales, el apalancamiento de recursos y la sostenibilidad de la intervención. Así, se contó con asistencia técnica para: el *Plan Tseta Tana Aipa*, la propuesta de establecimientos de salud I-1 para el ámbito rural de la Amazonía utilizando material de la zona, la propuesta de sueldos diferenciados para personal de salud en los ámbitos alejados.

La comunidad, líderes y autoridades locales, profesionales de salud, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales del ámbito fueron quienes participaron en talleres para definir las necesidades locales. Durante la ejecución del Proyecto también participaron como miembros de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza en Loreto.

5.5 ARMONIZACION

La coordinación con otros proyectos del PCHP 2007-2011 fue mínima, excepto para coordinaciones para una administración común con el programa de educación bilingüe. Tampoco se constató la interacción y sinergia con otros proyectos del PCHP 2007-2011; ni en los Planes de Seguimiento ni en los Planes Operativos Anuales.



A nivel local se coordinaron iniciativas puntuales con proyectos o intervenciones de cooperación internacional, evidenciadas en apoyos mutuos para la realización de actividades. Por ejemplo, con el proyecto “Control de la Malaria en las zonas fronterizas de la Región Andina: Un enfoque comunitario” (PAMAFRO), financiado por el Fondo Mundial en Loreto; con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas en Loreto en el marco del *Plan Tseta Tana Aipa*; y con el Proyecto de Eliminación de Cisticercosis, proyecto financiado por la Fundación Gates en Tumbes.

5.6 EFICIENCIA

La modalidad de administración del Proyecto fue por equipos administrativos en cada capítulo del Proyecto, supervisados por el FONCHIP que autorizaba los desembolsos desde sus cuentas a las cuentas operativas de los proyectos y ejercía el control y seguimiento de los justificantes de gasto e informes económicos. Esta estructura de administración se contrapone a lo establecido en la Declaración de París, donde se propone evitar sistemas administrativos paralelos al del país.

El nivel de ejecución financiera global fue adecuado, mayor al 90% de lo programado inicialmente. Este porcentaje fluctuó entre 104.93% para el Resultado 3 y 71.24% para el Resultado 4. En el primer año, la ejecución presupuestal fue inferior al 50% de lo programado para todos los Resultados, luego de lo cual se incrementó; pese a ello hubo una extensión del Proyecto hasta el año 2011 para culminar las actividades y lograr una ejecución adecuada. La contratación del personal administrativo durante el año de extensión del Proyecto, no irrogó un mayor costo administrativo para el Proyecto (97.49% de de ejecución del gasto programado).

Se programaron más actividades anuales que las establecidas en el PRODOC. Problemas de aceptación fueron una de las causas del problema; p.ej. en la actividad 3.1 que corresponde al estudio de línea de base, se cambia simplemente por estudio, programándose 13 estudios a lo largo del Proyecto. Esta elevada programación se observó en los Resultados 1, 3 y 4; más no en las que implicaban mayor seguimiento y toma de decisiones por autoridades locales como las relacionadas a documentos de gestión o investigación. El porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas ha sido variable, y fue relativamente bajo especialmente en las actividades que requieren mayor desarrollo y seguimiento como: el Desarrollo y aplicación



de instrumentos de Gestión, las investigaciones operativas o el trabajo para municipios o instituciones educativas saludables.

Hubo un alto grado de correspondencia entre los recursos invertidos y las actividades realizadas. Los recursos fueron destinados a las actividades tal como fue programado en el PRODOC de manera anual y mensual, así como a otras actividades acordadas y aprobadas durante la ejecución del Proyecto. Se aceptaron nuevas propuestas como el modelo de EESS nivel I-1, el *Plan Tseta Tana Aipa*, y que fueron cumplidas; mientras que otras no fueron aceptadas, como la creación de centros modelo de atención para la capacitación del personal local.

En el marco de la transparencia, se debe conocer la ejecución del presupuesto de la cooperación internacional y de la contraparte nacional, establecidos en el PRODOC. Sin embargo, los informes semestrales y anuales permitían conocer los avances en la ejecución presupuestaria del Proyecto, pero sólo del presupuesto de la cooperación, más no de la contrapartida, pese a que el Manual de Procedimientos de la Cooperación Técnica Internacional (RS N° 450-84-RE) requiere de ambos.

5.7 EFICACIA

Las acciones realizadas por el Proyecto han contribuido a mejorar la cantidad y calidad en la prestación de los servicios y ello se traduce en un aumento de la demanda, pasando de 67 310 atenciones en el 2007 a 1 027 319 en el 2010. Este aumento de atenciones también está vinculado al aumento de la cantidad de profesionales de salud en los establecimientos de salud del ámbito, motivados como consecuencia del desarrollo de los programas de capacitación.

La calidad de atención de los EESS fue analizada mediante la satisfacción del usuario/as como proxy. Se realizaron estudios en varios establecimientos de salud en el ámbito del Proyecto. Los porcentajes de satisfacción del usuario/as fueron mayores al 50%, sin encontrar diferencias significativas en las mediciones posteriores ni alcanzar la meta.

El Proyecto incorporó, de manera implícita, el enfoque de género en la identificación, formulación y ejecución de esta intervención, evidenciado en algunas actividades con



presupuesto correspondiente; tales como actividades de género en el Resultado 4 (Fomento de la ciudadanía, participación de la comunidad y sociedad civil sensibilizadas y fortalecidas en torno a la salud, los DD.HH. y género, y proyectos de intervención en políticas de Igualdad de oportunidades y Equidad de género).

El análisis de la ejecución presupuestal por cumplimiento de actividades fue bajo en los dos primeros años (2007-2008), con algunas excepciones: estudio de Línea de Base (ejecución: física 100%, presupuestal 17.90%) y Apoyo al Desarrollo de Estrategias Nacionales, Atención de Emergencias y Desastres (ejecución física: 100%, presupuestal 91.21%) así como los gastos de gestión del Proyecto. Estos porcentajes se incrementaron significativamente en los años siguientes lo cual permitió alcanzar elevados porcentajes en la ejecución de actividades y presupuestal.

Pese a los esfuerzos desarrollados por el Proyecto no se ha logrado un aumento de prácticas preventivas en gineco-obstetricia (salud materna); se señala un aumento no significativo en la tendencia de gestantes controladas, pasando de 53.70% (IC95%: 43.41-63.67%) en el 2007 a 60.85% (IC95%: 52.03-69.01%) en el 2010. En el caso de los distritos del ámbito del Proyecto también se observa este discreto incremento entre los años 2007 al 2009, disminuyendo en el año 2010, ambos no significativos.

En relación a las prácticas preventivas en pediatría, no se ha registrado un aumento en la atención de CRED. En el caso de la desnutrición crónica en los distritos del ámbito del Proyecto, se observa una disminución entre el 2007 y los años posteriores sin que ésta sea significativa. En la cobertura en inmunizaciones, se evidencia un comportamiento irregular en las coberturas de inmunizaciones; de APO, DPT/Penta, SPR y AMA. Por tanto, el Proyecto no ha tenido un efecto directo en la disminución de riesgos mediante aumento de prácticas preventivas en pediatría (salud infantil).

El análisis de los indicadores de Fin, muestra que se mantienen las tendencias registradas previas al Proyecto. Pese a demostrarse que las tendencias se aproximan a las metas propuestas, éstas no son alcanzadas. Tampoco se encuentran diferencias significativas en el periodo.

En relación a los indicadores de Propósito se observa una tendencia al aumento de Cobertura de Parto Institucional, de la Cobertura de Gestantes Controladas y de la Proporción de



Establecimientos de Salud que brindan atención de calidad en Salud, sin alcanzar la meta. Mientras que el incremento en la Proporción de niños y niñas que reciben AIEPI, y la Proporción de adolescentes que reciben Atención Integral de Salud fue mínimo.

En relación a los indicadores de Resultado, se observó que sólo se alcanzó la meta en 40% de los mismos (4/10). Estos indicadores fueron los relacionados con: Equipamiento necesario según su nivel de resolución de los EESS; Personal de salud capacitado en los protocolos médicos para la atención de la madre, niño/a y adolescente; Instituciones Educativas Saludables; y Redes Sociales Operativas. Aunque este porcentaje aumentaría si se considera los Municipios Saludables, pues la evaluación de la DIRESA se realizó basada en el cambio de la norma nacional.

5.8 ALINEAMIENTO

Desde la concepción del Proyecto, se tuvieron en cuenta las políticas, estrategias y programas de desarrollo del Estado Peruano desde el nivel nacional, regional y local.

Asimismo, el Proyecto está alineado con los ODM. En concordancia con ello, se observa una disminución de la mortalidad materna y mortalidad infantil, persistiendo un largo camino por recorrer. También se observa que ha aumentado la proporción de gestantes controladas (≥ 6 controles prenatales) en el ámbito seleccionado, pero aún persisten los altos niveles de embarazo en adolescentes.

Por otro lado, no existen convenios ni acuerdos inter-agenciales relacionados al Proyecto; sin embargo, se reconoce la asistencia técnica del Proyecto para la consolidación del Programa Conjunto impulsado por las Naciones Unidas. Además, el *Plan Tseta Tana Aipa* impulsó un espacio inter-agencial entre el Gobierno Regional de Loreto, Gerencia de Desarrollo Social, UNICEF, Programa Conjunto, OPS, Oficina de Cooperación Internacional.

5.9 SOSTENIBILIDAD

Desde su diseño, implícitamente se buscó promover la sostenibilidad en los capítulos del Proyecto, pues la programación y ejecución de actividades fueron realizadas por el propio



funcionariado de ambas DIRESA y del MINSA, buscando articular sus actividades a la de las Regiones intervenidas. Sin embargo, con la información disponible, se infiere que en el Proyecto el tema de la sostenibilidad no ha sido abordado de manera prioritaria sobre la propia ejecución de las actividades, de tal manera que no se disponen de garantías que permitan asegurar la continuidad de procesos y la perdurabilidad de los resultados alcanzados, pese a existir diversas estrategias reconocidas en la literatura y experiencia internacional.

Es así que en Tumbes, como consecuencia del cambio de autoridades luego de los procesos electorales, la sostenibilidad de las intervenciones y de los avances logrados con los procesos se perdió. En Loreto, se deberá esperar a analizar cuál es el efecto luego de los futuros procesos electorales.

El Proyecto ha permitido al equipo de gestión de la DIRESA mejorar las prácticas habituales en cuanto a la programación y monitoreo permanente de sus actividades. Finalmente, el desarrollo de capacidades a través del Proyecto puede permitir que el personal que participó en las capacitaciones aplique y transmita lo aprendido.

La descentralización favoreció una mayor apropiación del Proyecto por parte del funcionariado de las DIRESA, lo cual permitió un mayor entendimiento de la dinámica de la cooperación por parte de la DIRESA y del Gobierno Regional. También favoreció la inclusión de iniciativas que respondan a necesidades Regionales.



6

RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN

- a. Todo proyecto debe establecer explícitamente los criterios que son considerados para la decisión sobre la Región a intervenir, independiente de la fuente de Cooperación Internacional, o de que esta decisión sea tomada por las autoridades del país receptor, o por tradición del cooperante.
- b. La adecuada ejecución de un Proyecto está determinada por la coherencia interna en su contenido, en el árbol de problemas y árbol de objetivo, en el marco lógico y sus indicadores. Analizando en detalle el PRODOC, se deben señalar algunos elementos que hubiesen permitido mejorar la ejecución del mismo. Primero, la mejora en la oferta no implica necesariamente mejoras en la demanda; el árbol de problemas y árbol de objetivos establecen como consecuencias a las mejoras en el estado de salud de la población como resultado de las mejoras en infraestructura y en la calidad de atención producida por las capacitaciones de recursos humanos.
- c. En la construcción del PRODOC es recomendable definir no sólo los Resultados, sino las Actividades y tareas (también llamadas sub-actividades) que deben ser desarrolladas durante la ejecución del Proyecto. Ello permitiría mayor eficiencia y eficacia del Proyecto, evitando mezcla de actividades y sub-actividades, entre otras y optimizando el seguimiento.
- d. Es recomendable que para cada uno de los indicadores a ser seleccionado, se elaboren fichas técnicas individuales que incluyan las siguientes características para su seguimiento: (a) Nombre de Indicador. (b) Definición de Indicador. (c) Propósito del indicador (d) Cálculo del indicador (e) Supuestos. (f) Niveles de desagregación. (g) Representatividad. (h) Frecuencia de medición. (i) Fuentes de información y (j) Valor basal.



- e. La programación y/o ejecución de actividades no establecidas inicialmente por el Proyecto, como el *Plan Tseta Tana Aipa* o la propuesta de un modelo de establecimiento de salud nivel I-1 para el ámbito rural de la Amazonía, o el apoyo durante el brote de dengue, debería ir precedido de la elaboración y aprobación de enmiendas o adendas al Proyecto, lo cual genera transparencia.
- f. Para las actividades de monitoreo y evaluación, se recomienda que se realice un seguimiento y reporte de la totalidad de indicadores, y no solamente de los indicadores de Actividades. El reporte de los indicadores de Fin (Objetivo General), de Propósito (Objetivo Especifico) y de Resultado puede realizarse en periodos más prolongados, dado que el cambio generado toma un tiempo más largo.
- g. Establecer Mediciones periódicas (Línea de Base, Evaluación y Medición Intermedia y Evaluación y Medición Final), para lo cual se debe contar con un presupuesto adecuado, que permita medir el efecto del Proyecto y repensar actividades para el logro de los indicadores planteados; así como decisiones para un cambio de rumbo si fuera necesario.
- h. En el marco de la Declaración de París, se debe promover de manera explícita la coordinación, estimulando la interacción y sinergia, con otros proyectos de la Cooperación Internacional, en este caso especialmente con otros proyectos de la Cooperación Española; lo cual puede incluso contribuir a un mejor aprovechamiento de los recursos, al generarse actividades compartidas.
- i. Basados en la Declaración de París, que propone evitar sistemas administrativos paralelos, se recomienda estimular sistemas administrativos nacionales del país receptor que promuevan la eficiencia y eficacia de la Cooperación Internacional.
- j. Para facilitar una mayor apropiación del Proyecto y de las herramientas de gestión y administración, se debe promover una participación activa de personal de las DIRESA y del MINSA desde los inicios de la elaboración del Proyecto, así como durante la elaboración y presentación de los informes de seguimiento.
- k. El seguimiento financiero y los informes de gestión deben permitir conocer los avances en la ejecución presupuestaria total del Proyecto, tanto del presupuesto de la



cooperación como de la contraparte, tal como lo establece el Manual de Procedimientos de la Cooperación Técnica Internacional (RS N° 450-84-RE) del 12 septiembre de 1984. La transparencia de los fondos de contraparte nacional podría haber comprometido a la DIRESA; por ejemplo, a promover el mantenimiento de los establecimientos de salud, por sobre lo establecido en el Proyecto. En el caso del Proyecto sólo hubo seguimiento financiero de la cooperación internacional.

- l. Para aquellos indicadores formulados sobre actividades o resultados que no son parte de la práctica habitual de las DIRESA o de los establecimientos de salud, o que impliquen cambios en la cultura organizacional de una institución, se requiere la inclusión de actividades/tareas específicas que permitan alcanzar la meta establecida; o en caso contrario, se debe evaluar la pertinencia de mantener el indicador o retirarlo. Ejemplo de ello, en el caso del Proyecto, son las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), Atención Integral del Adolescente, y el mantenimiento frecuente de los establecimientos de salud.
- m. En el entendido que una de las riquezas de los proyectos de la cooperación internacional es garantizar su sostenibilidad luego de la culminación de los mismos, se deben establecer mecanismos prácticos que permitan el empoderamiento por parte de la oferta y de la demanda en salud. Un ejemplo es la participación en espacios multisectoriales que trasciendan del proyecto, como son las Mesas de Concertación u otras instancias que busquen generar consenso.
- n. El modelo arquitectónico desarrollado por el Proyecto (establecimiento I-1), es una iniciativa que debería continuar para las otras categorías de establecimientos de salud, de manera que se pueda contar con establecimientos de salud técnicamente apropiados y con adecuación a la realidad amazónica. Ello debe permitir mejorar la calidad de la infraestructura sanitaria en la Amazonía Peruana, con la utilización de material de la zona y disminución de los costos de construcción.



7

LECCIONES APRENDIDAS DE LA EVALUACIÓN

El diseño de todo Proyecto de Cooperación Internacional debe adecuarse a un marco lógico construido de manera participativa de forma tal que se pueda garantizar su alineamiento y coherencia con los lineamientos internacionales de cooperación internacional (París, Roma, Accra), con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con los lineamientos y políticas nacionales, respondiendo a las necesidades específicas de los ámbitos seleccionados.

Todo proyecto debe guardar coherencia con el conocimiento sanitario mundial, nacional, regional y local. Para el caso específico del Proyecto implica reconocer la racionalidad de los determinantes sociales en salud y su implicancia en el bienestar de la población. Ello también implica seleccionar indicadores y sus metas específicos para cada Región que sean factibles de ser alcanzados y que cuenten con programación de actividades específicas para tal fin.

La instauración de mecanismos fuertemente participativos, donde las autoridades de la contraparte nacional sean socios activos y no sólo autoridades con responsabilidad de realizar seguimiento o aprobación de actividades específicas o informes; permiten la apropiación por parte de la contraparte nacional y por ende su sostenibilidad.

