

análisis y desarrollo social  
**consultores**

**EVALUACIÓN EX POST**  
**PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y**  
**TRATAMIENTO DE LA**  
**INFECCIÓN/ENFERMEDAD DE CHAGAS EN**  
**LA PROVINCIA DE NARCISO CAMPERO-**  
**COCHABAMBA BOLIVIA.**



Desarrollado para:



**GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS**

CONSEJERÍA DE  
BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA



# ÍNDICE.

<b><u>1. INTRODUCCIÓN.</u></b>	<b><u>3</u></b>
ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN. ....	3
PREGUNTAS PRINCIPALES Y CRITERIOS DE VALORACIÓN. ....	5
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO. ....	8
<b><u>2. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA.</u></b>	<b><u>9</u></b>
RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO. ....	9
RESUMEN DE LOS ANTECEDENTES. ....	9
ACTORES IMPLICADOS. ....	11
<b><u>3. METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA EVALUACIÓN.</u></b>	<b><u>11</u></b>
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS APLICADAS. ....	11
CONDICIONANTES Y LÍMITES DEL ESTUDIO REALIZADO. ....	13
<b><u>4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA.</u></b>	<b><u>14</u></b>
4.1. PERTINENCIA Y COHERENCIA. ....	14
4.2. EFICIENCIA. ....	17
4.3. EFICACIA. ....	20
4.4. IMPACTO. ....	30
4.5. SOSTENIBILIDAD. ....	34
4.6. ASOCIACIÓN Y COORDINACIÓN. ....	36
4.7. APROPIACIÓN. ....	37
4.8. ENFOQUE DE GÉNERO. ....	38
<b><u>5. CONCLUSIONES.</u></b>	<b><u>39</u></b>
<b><u>6. LECCIONES APRENDIDAS.</u></b>	<b><u>41</u></b>
<b><u>7. RECOMENDACIONES.</u></b>	<b><u>42</u></b>
<b><u>8. ANEXOS.</u></b>	<b><u>43</u></b>

# 1. INTRODUCCIÓN.

---

## ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN.

La presente evaluación forma parte de un proceso más amplio de evaluación ex post que engloba 6 proyectos de cooperación promovido por la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo.

El Plan Director de Cooperación al Desarrollo 2013-2016, aprobado por el Consejo de Gobierno en reunión de 10 de julio de 2013, concibe la evaluación como una práctica que favorece la transparencia y el aprendizaje, y contribuye a mejorar la calidad, eficacia y coherencia de las políticas de cooperación al desarrollo. Dicho Plan Director pretende consolidar la evaluación como un instrumento que sirva para extraer lecciones y aprender de la experiencia así como para contar con información fiable sobre el alcance de las actuaciones de la cooperación asturiana y el nivel de consecución de los resultados esperados.

Para fomentar y promover la cultura de la evaluación se realizarán evaluaciones expost de los proyectos financiados con el objetivo de que las evaluaciones se transformen en herramientas de gestión útiles para mejorar el impacto de la ayuda sobre los beneficiarios y beneficiarias, que contribuyan a aumentar la calidad de las políticas de cooperación y aseguren que las instituciones encargadas de planificarlas y ejecutarlas dispongan de información sobre la que basar sus decisiones.

Para abordar la tarea encomendada en el vigente Plan Director de Cooperación al Desarrollo 2013-2016, se ve indispensable la realización de una evaluación externa y expost de proyectos financiados por la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo en el ejercicio 2012, año que se tomará como referente para el inicio de ese proceso evaluativo que se pretende instaurar y que conllevará la realización de evaluaciones anuales posteriores.

### OBJETIVO GENERAL:

*Que las evaluaciones se transformen en herramientas de gestión útiles para mejorar el impacto de la ayuda sobre los beneficiarios y beneficiarias, que contribuyan a aumentar la calidad de las políticas de cooperación y aseguren que las instituciones encargadas de planificarlas y ejecutarlas dispongan de información sobre la que basar sus decisiones.*

Con esta evaluación ex - post de objetivos y resultados se pretende determinar el establecimiento de cambios generados por el proyecto a partir de la comparación entre el estado actual y el estado previsto en su planificación. Es decir, en esta labor evaluativa se tiene como propósito conocer qué tanto el proyecto ha logrado cumplir sus objetivos, aportando información relacionada con los resultados alcanzados por el proyecto, resaltando los factores de éxito.

La calidad con que las organizaciones han llevado adelante sus actividades en general, así como la sistematización de lecciones aprendidas y recomendaciones sobre líneas estratégicas a desarrollar por las ONGDs implicadas y la Agencia Asturiana de Cooperación en su cooperación en los próximos años en El Salvador y Guatemala.

Se espera una **evaluación individualizada** de cada uno de los proyectos que a continuación señalamos, presentando un informe de consecución de objetivos y resultados esperados, junto con un análisis de los enfoques transversales de género, medioambiente, interculturalidad y de derechos humanos.

PROYECTO	ENTIDAD BENEFICIARIA
Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección/enfermedad de chagas en la provincia de Narciso Campero-Cochabamba. Bolivia	MEDICOS SIN FRONTERAS
Brindada atención social integral a las familias beneficiarias de los cuatro comedores del proyecto Hombres Nuevos, del Barrio Plan 3000. Santa Cruz de la Sierra. Bolivia	ARCO IRIS EDUCACION PARA EL DESARROLLO
Construyendo alternativas no extractivistas: Debates indígenas y de la sociedad civil sobre la generación y distribución de excedente de hidrocarburos y minería. Bolivia	FUNDACION INTERMON OXFAM
Mejora de la producción lechera en comunidades indígenas del altiplano de La Paz. Bolivia	COOPERACIÓN SOCIAL ASTURIAS PARA LA AYUDA AL DESARROLLO
Programa de acciones para la consolidación de los procesos organizativos e identitarios de las comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes de Colombia en la construcción del Buen Vivir. Colombia	SOLDEPAZ PACHAKUTI
Derechos Humanos y construcción de la paz en las comunidades indígenas y afrodescendientes en la región del Bajo Atrato del Departamento del Chocó. Colombia	FUNDACION PROCLADE

## PREGUNTAS PRINCIPALES Y CRITERIOS DE VALORACIÓN.

### **La pertinencia y la coherencia.**

Entendiendo por éstas la adecuación de las actividades y las estrategias llevadas a cabo para el logro de los Resultados en cada uno de los proyectos seleccionados, así como el sistema de seguimiento previsto.

### **Eficiencia.**

Entendiendo por ésta la adecuación de la estructura institucional y gestión de cada uno de los proyectos para el logro de los resultados.

### **Eficacia.**

Entendiendo por ésta el grado de avance hacia los objetivos y los resultados esperados así como el análisis de otros efectos generados, distinguiendo entre resultados esperados y resultados obtenidos.

### **Impacto.**

Entendido como los efectos conseguidos por el proyecto más allá de los objetivos propuestos, los cambios importantes introducidos por la intervención

### **Sostenibilidad.**

Entendiendo por ésta la posibilidad de continuidad de los procesos y efectos positivos de los proyectos.

### **La asociación y coordinación.**

Entendida como el valor de las relaciones institucionales desarrolladas para el alcance de los resultados del Proyecto.

### **La apropiación.**

Entendiendo por ésta internalización de los efectos positivos que los proyectos prevén.

### **Enfoque de género.**

Entendido como una dinámica que conlleva una transformación de la propia filosofía de la evaluación y que ha de generar adaptaciones de las herramientas y procesos evaluadores. Se habrá de examinar cómo el proyecto ha afectado a las mujeres y a los hombres, especificando cómo ha incidido en las diferentes condiciones de vida de las mujeres y los hombres, cómo ha tomado en consideración sus distintas percepciones, actitudes, funciones, responsabilidades, oportunidades, acceso a recursos y a toma de decisiones, tanto en el hogar como en la comunidad, cómo ha afectado las jerarquías existentes entre hombres y mujeres, cómo ha propiciado una más justa distribución de recursos entre ambos.

Criterios	Preguntas de Evaluación <sup>1</sup>
<b>Pertinencia/ Coherencia</b>	¿Se corresponde la intervención con las prioridades y necesidades de la población meta?, En concreto ¿responde a las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres?*
	¿La población reconoce como un problema propio las áreas de intervención del Proyecto?
	¿Existe una relación entre los resultados y objetivos señalados y los problemas detectados?
	¿Se adapta el proyecto a las prioridades y necesidades de la población, tal como son percibidas por ellos/as mismos/as?
	¿Considera el proyecto los aspectos culturales de los países y regiones de intervención?*
	Pertinencia en relación con las políticas locales (alineamiento y armonización)
	¿Se han evaluado adecuadamente los problemas y necesidades específicas de las mujeres y hombres y están siendo abordadas por el proyecto?*
<b>Eficiencia</b>	¿Se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en el documento de formulación del Proyecto?
	¿Se han respetado los cronogramas y tiempos previstos?
	¿Se adaptan los procedimientos presupuestarios y administrativos a las necesidades de la ejecución en el terreno?
	¿Ha sido eficiente la transformación de recursos en resultados?, ¿En el manejo de recursos y productos/servicios existió un enfoque inclusivo de las mujeres?*
	¿Los recursos humanos previstos son suficientes y están capacitados para la ejecución del Convenio por país?
<b>Eficacia</b>	¿Están bien formulados los objetivos específicos?
	¿Se cuenta con indicadores mensurables?
	Análisis de factores externos, previstos o no previstos, ¿cómo han afectado a la ejecución del proyecto?.
	¿Se cuenta con indicadores sensibles al Género que permitan medir los avances en el cambio de las relaciones tradicionales basadas en el género en hombres y mujeres?*
	¿Se cuenta con indicadores medioambientales que permitan medir los avances en protección, sostenibilidad y sensibilización medioambiental?*
	¿Se pueden alcanzar los objetivos específicos teniendo en cuenta los resultados incluidos en el proyecto?
	¿Se han alcanzado todos los resultados previstos?, ¿en qué medida se ha contribuido a avanzar en el disfrute de los derechos de las mujeres?*
	¿Se ha contribuido a alcanzar el objetivo específico de la intervención?
<b>Sostenibilidad</b>	¿Qué nivel de participación tienen las mujeres en la toma de decisiones sobre aspectos internos del proyecto y desde la población beneficiaria, sobre el acceso a los recursos?*

	<p>¿La situación de derechos humanos de las mujeres, la promoción de la democracia y respeto de los derechos fundamentales, la participación de las mujeres forma parte de la agenda en los distintos espacios de decisión?</p> <p>¿Cómo se ha contemplado las prioridades horizontales? ¿En qué medida están contribuyendo a la sostenibilidad del programa?*</p> <p>¿Se mantienen los beneficios de la intervención una vez retirada la ayuda externa?, ¿Las poblaciones beneficiarias, especialmente las mujeres, podrán seguir beneficiándose de las mejoras introducidas una vez finalizado el Proyecto? ¿se ha producido un impacto positivo en el cambio de las relaciones de género?*</p> <p>¿Se ha influido positivamente sobre las capacidades de las organizaciones comunitarias?</p> <p>Establecimiento de buenas prácticas medioambientales que contribuya a mejorar la calidad ambiental de las zonas de intervención*</p>
<b>Impacto</b>	<p>¿Está contribuyendo la intervención a conseguir el objetivo global? ¿Qué efectos ha provocado el Proyecto sobre los/as titulares de derechos, de responsabilidades, de obligaciones y sobre otros colectivos?</p> <p>¿Se han producido efectos negativos o positivos no esperados? ¿se han tomado medidas al respecto?</p> <p>¿Se ha logrado un efecto positivo no previsto inicialmente sobre la población meta?</p> <p>¿El sistema de indicadores permitirá medir los impactos positivos previstos?, ¿se ha incorporado adecuadamente la perspectiva de género?*</p>
<b>Asociación/ Coordinación</b>	<p>¿En qué medida la colaboración institucional y los mecanismos de gestión/coordinación articulados han contribuido a alcanzar los resultados de la intervención?</p> <p>¿Se coordina la actuación con otras actuaciones complementarias de otras entidades públicas o privadas en la zona de intervención o de forma sectorial?</p> <p>¿Se han establecido mecanismos de coordinación con estas entidades?, ¿de qué tipo?, ¿a qué ámbitos alcanzan?</p>
<b>Apropiación</b>	<p>¿En qué medida han participado las instituciones locales en el diseño de la intervención?</p> <p>¿En qué medida han participado e implicado las instituciones locales en la aplicación y gestión de la intervención, y en qué medida se ha adaptado dicha intervención a sus necesidades?</p> <p>¿En qué medida participan las instituciones locales en el seguimiento de la intervención?</p> <p>¿En qué medida participan las instituciones locales en la evaluación de la intervención?</p> <p>¿En qué medida han participado los beneficiarios en todo el proceso?, ¿Qué nivel de participación tienen las mujeres en la toma de decisiones sobre aspectos internos del proyecto y desde la población beneficiaria, sobre el acceso a los recursos?*</p> <p>Grado de apropiación de la intervención por parte de la población titular de derechos.</p>
<b>Género</b>	<p>¿Responde el proyecto a las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres?</p> <p>¿Se han evaluado adecuadamente los problemas y necesidades específicas de las mujeres y hombres y están siendo abordadas por el proyecto?</p> <p>¿Ha sido eficiente la transformación de recursos en resultados?, ¿En el manejo de recursos y productos/servicios existió un enfoque inclusivo de las mujeres?</p>



	¿Se cuenta con indicadores sensibles al Género que permitan medir los avances en el cambio de las relaciones tradicionales basadas en el género en hombres y mujeres?
	¿Qué nivel de participación tienen las mujeres en la toma de decisiones sobre aspectos internos del proyecto y desde la población beneficiaria, sobre el acceso a los recursos?
	¿Se mantienen los beneficios de la intervención una vez retirada la ayuda externa?, ¿Las poblaciones beneficiarias, especialmente las mujeres, podrán seguir beneficiándose de las mejoras introducidas una vez finalizado el Proyecto? ¿Se ha producido un impacto positivo en el cambio de las relaciones de género?
	¿El sistema de indicadores permitirá medir los impactos positivos previstos?, ¿se ha incorporado adecuadamente la perspectiva de género?
	¿Qué nivel de participación tienen las mujeres en la toma de decisiones sobre aspectos internos del proyecto y desde la población beneficiaria, sobre el acceso a los recursos?

## PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO.

- **Carlos Lobo. Coordinador y Evaluador-Colombia.** Cuenta con experiencia en identificación, gestión y evaluación de proyectos, y con formación post grado desarrollo sostenible. Ha realizado diferentes manuales de cooperación y participado en más de 50 evaluaciones de proyectos y convenios. Experiencia en evaluación de proyectos con enfoque de género para diferentes organizaciones
- **Luis Pemán. Evaluador-Bolivia.** Cuenta con amplia experiencia en gestión y evaluación de proyectos en Latinoamérica, con experiencia específica en proyectos de salud y medioambiente. Ha realizado varias evaluaciones finales y ex post con AID Social y tiene 15 años de experiencia en el ámbito de la cooperación al desarrollo, principalmente con fondos españoles y europeos.



recursos a las instituciones públicas de Salud. Es un modelo que necesita pocos recursos, ya que la mayoría son provistos por el Gobierno o por los actores regionales comunitarios.

Estrategia comunitaria: Responde a la comunidad por entero más que a los casos individuales dentro de la misma. Se establece un trabajo directo con las clínicas de atención primaria donde se encuentra el personal local de salud, y desde ellas se articula el trabajo información, educación y comunicación con las comunidades, así como los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Lógica de Intervención:

	Lógica de la intervención	Indicadores Objetivamente verificables
<b>Objetivo General</b>	Reducir la mortalidad y la morbilidad por la enfermedad de Chagas en la población de la Provincia de Narciso Campero, Cochabamba. Bolivia.	
<b>Objetivo Específico</b>	Instaurar la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la infección /enfermedad de Chagas a través de las estrategias comunitaria e integrada en la Provincia de Narciso Campero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% de los centros de salud apoyados por MSF cumplen el 80% de las metas de los resultados del 1 al 6.</li> <li>• El sistema de recogida de datos establecido y funcionando correctamente.</li> <li>• Todas las actividades llevadas a cabo por recursos humanos de la contraparte.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	1. Establecer el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la Provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población que accede al protocolo de diagnóstico: 70%</li> </ul>
	2. Establecer el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la Provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población que accede al protocolo de diagnóstico 15%</li> </ul>
	3. Establecer el tratamiento de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la Provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población que accede al protocolo de tratamiento después de la confirmación diagnóstica 70%</li> </ul>
	4. Establecer el tratamiento de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes positivos con criterio accediendo al protocolo de tratamiento 85%.</li> <li>• Personas diagnosticadas positivas que concluyen tratamiento correctamente (meta=100% para menores de 9 meses y 80% pa-</li> </ul>

	Lógica de la intervención	Indicadores Objetivamente verificables
		ra el resto de la población)
	5. Establecer prevención de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población que se beneficia de la aplicación del protocolo de control vectorial (autoevaluación de vivienda, control de calidad y rociado) 70%</li> </ul>
	6. Establecer la prevención de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la Provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas positivas que acceden al protocolo de control vectorial 100%</li> </ul>

### ACTORES IMPLICADOS.

Durante el proceso evaluativo, se llevaron a cabo **ONCE entrevistas** con el fin de profundizar en puntos concretos y genéricos del proyecto según quien haya sido la persona entrevistada.

Los **grupos focales** han sido **UNO** y con ello se ha pretendido tener información directa de un mayor número de personas beneficiarias.

Finalmente se ha realizado **UNA reunión de contraste** el día 5 de noviembre con la responsable de MSF Bolivia en su sede de Sucre.

11

## 3. METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA EVALUACIÓN.

### METODOLOGÍA Y TÉCNICAS APLICADAS.

El diseño de la investigación evaluativa partió de la necesidad de obtener información válida, sobre una serie de criterios de evaluación aplicables a la intervención. Una vez definido el objeto de estudio y los sujetos participantes, se procedió al diseño de las guías de entrevistas a partir de información documental analizada previamente.

- **Técnicas de investigación**

Igualmente se practicaron técnicas cualitativas como observación participante y diálogos informales. Algunas de las entrevistas realizadas fueron las siguientes:

ENTIDAD	CONTACTO	CARGO	TÉCNICA EV.	FECHA
Programa Nacional de Chagas	Justo Chungara	Actual Jefe del Programa Nacional de Chagas	Entrevista semi-estructurada	31/10/2014
Programa Nacional de Chagas	Max Enríquez	Jefe del Programa Nacional de Chagas durante la ejecución del proyecto	Entrevista en profundidad	31/10/2014
MSF	Andrea Marchiol	Coordinación General MSF Bolivia	Entrevista en profundidad	3/11/2014
MSF	Simplice Monnsöh	Coordinador Administrativo Financiero	Entrevista semi-estructurada	3/11/2014
MSF	Roger Arteaga	Líder equipo médico en terreno	Entrevista en profundidad	3/11/2014
Gerencia de Red en Salud 9 Campero	Raúl Castro	Coordinador de Red de Salud	Entrevista semi-estructurada	4/11/2014
Alcaldía de Aiquiles	Humberto Castellón	Responsable de control vectorial	Entrevista semi-estructurada	4/11/2014
Alcaldía de Pasorapa	Joel Giménez	Técnico de control vectorial	Entrevista semi-estructurada	4/11/2014
Hospital Carmen López	Felipe Quirós	Director Interino del Hospital Carmen López	Entrevista semi-estructurada	4/11/2014
Hospital del Carmen	Leny Chinau	Medica General y Referente de Chagas en el Hospital	Entrevista semi-estructurada	4/11/2014
Puesto de Salud Lagarpampa	Germán Torrico	Aux. de enfermería del puesto de salud	Entrevista semi-estructurada	4/11/2014

12

Grupo focal con miembros de la Asociación de Enfermos de Chagas

ENTIDAD	Hombres	Mujeres	Total	Fecha
Asociación Corazones unidos por el Chagas Crónico	3	1	5	4/11/2014

- **Fases y Calendario de Trabajo**

*Fase de Trabajo de Gabinete: del 5 de septiembre al 27 de octubre.*

Durante semanas previas a la evaluación en terreno, el equipo evaluador realizó el análisis de la documentación del proyecto, tanto técnica como administrativa. Asimismo, se realizaron entrevistas con responsables de las ONG,s Españolas y de las entidades socias locales.

En estas entrevistas se solicitó documentación adicional de los proyectos, como por ejemplo: fuentes de verificación, así como se aprovecharon las mismas para realizar un primer contraste de la información analizada con la valoración y opinión de los/as responsables de ONG,s y entidades locales respecto al desarrollo del proyecto. Por otra parte, se procedió a consensuar la agenda de trabajo con MSF y se prepararon las herramientas de recogida de datos para la fase de trabajo de campo.

*Fase de Trabajo de Campo: del 3 al 5 de noviembre, ambos inclusive.*

Se realizaron entrevista con Responsable de MSF en Bolivia, personal de equipo administrativo, dirección del Programan Nacional de Chagas (PNCH), personal de sistema de salud de la provincia, y grupofocales/conversatorio con miembros de Asociaciones de enfermos/as crónicos de Chagas. Así como observación directa de los equipos facilitados por el proyecto y charlas informales con el personal a cargo.

*Fase de Elaboración de Informe: del 6 de noviembre al 14 de diciembre*

Se procesa la información obtenida a través del grupo focales con grupos meta de las comunidades, entrevistas en profundidad, visitas en terreno y análisis documental; argumentando la valoración del proyecto con los diferentes criterios.

## **CONDICIONANTES Y LÍMITES DEL ESTUDIO REALIZADO.**

Por parte del equipo evaluador, se considera que no ha habido limitantes para poder llevar a cabo una adecuada evaluación en el marco de la Agenda. Durante el proceso evaluativo se ha contado con el apoyo de MSF y contrapartes para poder acceder a la información necesaria.

## 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA.

---

### 4.1. PERTINENCIA Y COHERENCIA.

A la hora del análisis de la pertinencia y coherencia nos centraremos en valorar el diseño de proyecto y cohesión de su lógica de intervención, el alineamiento que el proyecto presenta en relación a las políticas y estrategias de cooperación al desarrollo establecida por la Agencia Asturiana, así como con las políticas locales de desarrollo promovidas por las instituciones gubernamentales.

Posteriormente se analizará la correspondencia del proyecto con las vulnerabilidades, obstáculos y necesidades de los Titulares de Derecho locales, y como este actúa para dar respuesta a las mismas.

#### Respecto a la lógica de intervención.

En términos generales se considera que el objetivo específico presenta una formulación con un carácter marcadamente operativo, expresando lo que el proyecto va a hacer en lugar de lo que pretende lograr<sup>2</sup>. Por lo que respecta a los resultados ocurre algo similar, su formulación refleja acciones correspondientes a niveles inferiores, es decir, más propios de actividades que de productos o servicios que el proyecto pretende conseguir.

14

En el caso de los Indicadores Objetivamente Verificables (IOV), señalar que los referentes al objetivo específico las variable de medición utilizadas se centran principalmente en la consecución de actividades y no tanto en variables que permitan medir efectos esperados con la consecución del proyecto, por ejemplo reducción de incidencia de la enfermedad, fortalecimiento institucional, etc..

A su vez los IOV de resultados, no incluyen en su formulación factores tiempo, calidad, sujeto,... lo que resta precisión de los mismos.

Otro aspecto a señalar respecto a la lógica horizontal del proyecto, es que los IOV incluidos, no reflejan sensibilidad o visibilizan las aportaciones del proyecto a los ejes transversales de género, enfoque de derechos y medioambiente, centrándose las variables utilizadas en cuantificar la población atendida.

En relación a los **factores externos/hipótesis** están bien desarrollados y se encuentran ubicados en los niveles de la matriz donde pueden tener incidencia.

#### Respecto a la Cooperación Asturiana

A la hora de realizar un análisis de la pertinencia, en primer lugar se tendrá en cuenta los criterios de pertinencia respecto a la Cooperación Asturiana.

El proyecto se ejecuta bajo la planificación estratégica definida en el Plan Director de la Cooperación Asturiana 2009-2012, concretamente dentro del *Estrategia sectorial 1. Derechos económicos, sociales y culturales, cuyo objetivo general es:*

*“Garantizar la cobertura de los derechos económicos, sociales y culturales en los ámbitos de educación, salud, acceso a agua potable, vivienda e infraestructuras sociales y seguridad alimentaria de las poblaciones con las que se coopera, bajo un enfoque de derechos y con un horizonte de sostenibilidad”.*

y de forma concreta se establece subsector Derecho Salud con los objetivos específicos:

- O.E.4. Contribuir al acceso universal a los servicios de salud, reforzando modelos que aseguren la equidad y no discriminación por razones de sexo, raza, etnia, accesibilidad geográfica, económica y de acceso a la información.
- O.E.5. Incidir de forma especial en la prevención y tratamiento de enfermedades más prevalentes entre las poblaciones vulnerables, favoreciendo procesos de capacitación de personal sanitario, mejora de las infraestructuras y equipamientos y otras estrategias tendentes a reducir el impacto de estas enfermedades.

15

A su vez, Bolivia está incluido en las prioridades geográficas de la Cooperación Asturiana como país prioritario dentro de las áreas geográficas de referencia.

#### Respecto a los Titulares de Obligaciones

El proyecto incluye entre sus actores principales a las autoridades sanitarias de Bolivia, en concreto se han establecido como contrapartes al Programa Nacional de Chagas, SEDES (Servicio Departamental de Salud) y el Programa Departamental de Chagas, así como a las Municipalidades, con ellos se han establecidos labores conjuntas entre las que se incluyen acciones de fortalecimiento a través de la estrategia integrada, la cual contempla acciones formativas del personal sanitario en mejora de sus técnicas diagnósticas y de tratamiento, así como mejoras de equipamiento en Hospitales, Centro de Salud y Puestos de Salud.

A su vez se integran dentro de las políticas nacionales y departamentales de salud, en las cuales se establece al Chagas como una prioridad nacional (Ley de Chagas 33/46), mediante la participación conjunta con el Programa Nacional de Chagas quien es el órgano normativo referente a los lineamientos de intervención respecto a la enfermedad.

#### Respecto a los Titulares de Responsabilidades



El proyecto desarrolla dos acciones específicas dentro del proceso de intervención con titulares de responsabilidades, en concreto a nivel comunitario se crea la red de responsables de salud (RPS), constituidas por personas de la comunidad a las que se capacita en tareas de información, educación y comunicación en temática de prevención de Chagas. Paralelamente se ha promovido la constitución de la Asociación de afectados y enfermos de Chagas en Aiquiles, con el objeto de fomentar la vida asociativa y reivindicación de los derechos como afectados.

#### Respecto a los Titulares de Derechos

El proyecto se integra dentro de un Programa mayor que MSF viene ejecutando en Bolivia desde al año 2002 en diferentes zonas del país con alta incidencia de la enfermedades, durante todo este período de trabajo MSF ha ido evolucionando el modelo de intervención pasando de un modelo control vectorial (promovido desde las autoridades sanitarias) a un modelo centrado en la promoción diagnóstico y tratamiento etiológico de los pacientes incidiendo en aspectos operativos y advocacyde cara a facilitar el trabajo directo con los pacientes y personas afectadas por Chagas. Durante esta evolución se ha incrementado el grupo etario de intervención pasando de un trabajo inicial con menores de 5 años, a un trabajo posterior con jóvenes de 15 a 18 y en la actualidad ampliándose a grupos de 60 años.

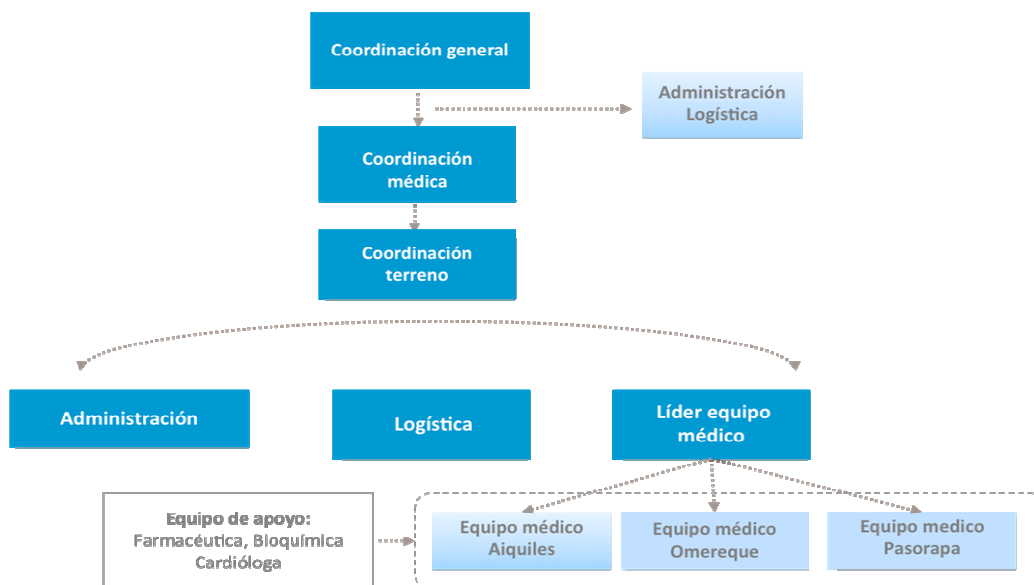
Se considera que la Pertinencia de la **intervención esMuy ALTA**, y la coherencia respecto a la lógica de intervención **MEDIA**.

## 4.2. EFICIENCIA.

Atendiendo al alcance del criterio, para el análisis de la eficiencia del proyecto nos centramos en los siguientes aspectos: i) Recursos humanos , ii) ejecución presupuestaria, y iii) Ejecución de Actividades (ajuste a los presupuestos establecidos y acatamiento de cronogramas y tiempos).

### Sobre recursos humanos:

El proyecto establecía dentro de su estructura de equipo en terreno a:



17

- Los 3 equipos médicos estaban constituidos por: un/a médico, un/a enfermera, un/a técnico/a de Información, educación y comunicación (IEC).
- Un/a farmacéutico/a, un/a Bioquímico/a y un/a Cardiólogo, que apoyaban en aspectos puntuales a los equipos médicos.

Este equipo está en comunicación y contacto con la **sede Barcelona**, donde existe una cédula de coordinación, integrada por un responsable de los proyectos de América Latina, por un responsable médico y logista.

Otro nivel de coordinación de las operaciones desarrollado por MSF en Latinoamérica, es el departamento médico en la sede, constituida por una unidad médica, descentralizada en Brasil con una referente Chagas que está en contacto directo con terreno.

El **sistema de informes** presenta dos periodicidades, por una parte están los informes cuatrimestrales que son enviados a la Sede de Barcelona, a las contrapartes: SEDES, Programa Departamental de Chagas (PDCH) y Municipios.

Y por otra parte están los informes anuales (memorias anuales), los cuales eran enviados a Cancillería de Bolivia y a la Agencia Asturiana de Cooperación, siguiendo el formato establecido por esta agencia.

Para la ejecución de los proyectos se establecen **acuerdos marco** con Cancillería, Ministerio de salud que formalizan la intervención de MSF a nivel generales país.

Para efectos más operativos y concretos de los proyectos, se firman convenios a nivel Departamental con SEDES, PDCH y Municipios.

Por otra parte y a nivel comunitario, se promovió la formación de equipos de Responsables de salud (RPS) los cuales se encargan de realizar funciones de supervisión del estado del estado de la enfermedad a nivel comunitario en coordinación con los Centros de Salud (CS) y Puestos de Salud (PS) comunitarios, en el momento de ejecución del proyecto el número de RPS ascendió a 177 (uno por comunidad), estimándose que en el momento actual se mantienen, según lo estimado por la entrevista con auxiliar de PS de Lagarpampa (Aiquiles), no pudiéndose contrastar el dato ya que la estrategia comunitaria fue abandonada por MSF en 2012, no contando actualmente con un seguimiento de los mismos.

18

Se considera que las **funciones de cada miembro del equipo técnico** están ajustadas a su perfil dentro del proyecto y su cantidad fue la necesaria para la ejecución de cada una de las actividades dado el nivel de cobertura establecido (Provincia de Narciso Campero).

Por último destacar que **el trabajo de MSF es reconocido** y bien valorado por las diferentes instituciones de salud, nacionales y locales, así como por la población atendida, ofreciendo una atención más integral que anteriormente no se prestaba a los afectados por Chagas.

A su vez, **la presencia de MSF en la zona de intervención se mantiene independientemente de haber finalizado el apoyo externo**. En Aiquiles se están realizando visitas mensuales que pretenden identificar debilidades existentes en los servicios establecidos y proponer acciones de mejora. Se pretende que esta supervisión se mantenga en 2014 y continúe hasta primer trimestre de 2015. Se menciona que esta forma de proceder es algo estratégico en las intervenciones de MSF.

#### Sobre el presupuesto.

El proceso de ejecución del proyecto, desde el punto de vista de **gestión económica**, se ha regido por la normativa de la Cooperación Asturiana y por la propia normativa interna de la entidad solicitante (Manual de Operaciones de MSF).

El proyecto establecía en su propuesta presentada a subvención un coste total de 743.973,87 €, de los cuales **130.000** (17%) se han financiado con fondos de la Cooperación Asturiana, siendo su gasto de ejecución el siguiente:

<b>PARTIDA</b>	<b>PRESUPUESTADO</b>	<b>IMPUTADO</b>	<b>% UTILIZADO</b>
<b>Equipos y suministros</b>	52.875,00	54.912,28	103,85%
<b>Personal local</b>	66.725,00	67.616,94	101,34%
<b>Total costes directos</b>	119.600,00	122.529,22	102,45%
<b>Costes indirectos</b>	10.400,00	7.470,78	71,8%
<b>TOTAL COSTES (DIRECTOS+INDIRECTOS)</b>	130.000,00	130.000,00	100%

Las variaciones existentes en suministros y personal local se han debido a un incremento en el precio de los medicamentos, así como a las subidas salariales en función del PIB, las cuales en Bolivia se realizan en el mes de abril.

Se considera que presupuestariamente el proyecto se ha ejecutado de forma adecuada, con diferencias no relevantes, manteniéndose el 100% del presupuesto financiado por la Agencia Asturiana de Cooperación.

Para la gestión de los fondos se MSF ha abierto dos cuentas, una general (nacional) donde se ingresan todos los fondos para las operaciones de MSF y otra específica para el proyecto de Chagas en Narciso Campero donde se hacen transferencias en función de las necesidades de ejecución

19

#### Sobre cronograma/actividades.

Las actividades se ejecutaron en su mayor parte dentro de los plazos previstos, como modificaciones más significativas en el cronograma señalar la inclusión de comunidades con una infestación de vinchuca mayor al 5%, no incluidas inicialmente ya que el Programa Nacional de Chagas (PNCH) sólo establecía la intervención con comunidades inferiores a ese %.

La ampliación en el número de comunidades no ha supuesto una modificación substancial, ya que simplemente ha supuesto que se hayan atendido más personas con la estrategia comunitaria que con la integrada.

Señalar que el cierre de proyecto estaba previsto para abril del 2013, pero se prolongó hasta septiembre de 2013 para fortalecer la atención de pacientes crónicos con complicaciones, así como para hacer la implantación de un piloto de vigilancia entomológica mediante el uso de mensajes de texto, E-mocha (sistema geo-referenciado para el seguimiento de la enfermedad).

### 4.3. EFICACIA.

La ejecución del proyecto se articuló en base a seis resultados, que estaban directamente relacionados con las actividades. La distribución de estos resultados se estructura siguiendo las dos estrategias de intervención establecidas:

- I. **Estrategia comunitaria**, ejecutada en su totalidad por el equipo de MSF destinado para el proyecto con participación de los CS y PS e incluía los siguientes resultados:
  - *Resultado 1: Establecer el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria.*
  - *Resultado 3: Establecer el tratamiento de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria.*
  - *Resultado 5: Establecer la prevención de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria.*
  
- II. **Estrategia integrada**, ejecutada por personal de los servicios de salud locales con el apoyo y asesoramiento de MSF, la cual incluía los siguientes resultados:
  - *Resultado 2: Establecer el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada.*
  - *Resultado 4: Establecer el tratamiento de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada.*
  - *Resultado 6: Establecer la prevención de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada.*

20

Esta diferenciación se realiza ya que los resultados de cada una de ellas y forma de ejecución ha sido diferente, siendo exitosa en el caso de la estrategia comunitaria (EC), debido a que se ejecutó con un equipo de MSF con dedicación exclusiva para buscar y tratar pacientes en un corto plazo. Mientras que la estrategia integrada (EI) dependiente de las estructuras de salud, los alcances no fueron tan exitosos, debido a que el personal de estas estructuras desarrolla otras atenciones además de Chagas, por lo que su dedicación no ha sido exclusiva.

Por otra parte se hace necesario señalar que ambas estrategias tienen objetivos comunes en cuanto a la atención de pacientes con Chagas, pero diferentes en lo referente al fortalecimiento de las estructuras de salud, por una parte con la EI pretende dejar un sistema montado para la atención de pacientes a mediano y largo plazo, y la EC paralelamente a incrementar el grado de cobertura en la atención en Chagas en comunidades vulnerables,

tiene un **papel de advocacy** hacia las autoridades de salud, con el fin de demostrar que el tratamiento es posible a nivel de atención 1º de salud y como dice y recomienda la OMS.

Si analizamos el grado de alcance de cada uno de este es como a continuación se describe:

– **Estrategia Comunitaria**

**Resultado 1: Establecer el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria.**

Para el logro de este resultado se han previsto las **siguientes actividades**:

*A.1.1. Ofrecer tamizaje y diagnóstico de Chagas a nivel comunitario.*

*A.1.2. Capacitar a los responsables de salud comunitaria (RPS).*

*A.1.3. Contribuir a la aplicación de protocolos de diagnóstico de Chagas congénito a nivel comunitario.*

*A.1.4. Apoyar a los laboratorios ofreciendo diagnóstico.*

Como **estrategia de entrada en las comunidades** y con el objeto de ofrecer confianza a la población, los equipos médicos de MSF realizaron dos presentaciones/capacitaciones iniciales del proyecto en cada comunidad, donde se ofrecía información sobre las acciones que se pretendían desarrollar, así como se contactaba con los promotores/as de salud existentes o se seleccionaban algunos nuevos en caso de la comunidad así lo estimase.

21

A continuación se desarrollaron las **tomas de muestras de sangre** a la población para establecer el tamizaje a nivel comunitario, a través de las pruebas de diagnóstico rápido (stat pack) y luego se procesaban para obtener los resultados.

Posteriormente se realizaron las **capacitaciones** en Información, Educación y Comunicación (IEC) a los responsables de salud (RPS), estableciéndose como referentes comunitarios para facilitar información al equipo médico, CS y PS sobre la situación de vectores en las viviendas y síntomas en la población. Los contenidos de la capacitación se centraron en brindar conocimiento sobre las fases del proyecto de Chagas (prevención, diagnóstico, tratamiento), así como establecer las acciones para controlar la vinchuca en la comunidad (medidas de prevención y vigilancia) y la entrega de herramientas para el seguimiento: ficha de autoevaluación. El número de responsables de salud capacitados durante todo el proyecto fue de 177.

Por lo que respecta a los protocolos de **diagnóstico de Chagas** congénito, se definieron con los CS y PS los procedimientos para la derivación de niños/as al Hospital de Aiquiles para la revisión por pediatría y realización de pruebas de diagnóstico.

En cuanto al **laboratorio** se facilitaron insumos al Hospital Carmen López para el desarrollo de las pruebas los cuales consistieron en reactivos y lector de ELISA, así como apoyo por

parte de la Bioquímica del equipo de MSF para asumir la carga de procesamiento de muestras realizadas

El avance sobre el indicador establecidos para este resultado ha sido el siguiente:

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE EFICACIA
Población que accede al protocolo de diagnóstico: 70%	<p>Las metas alcanzadas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños/as entre 1-15 años que reciben un diagnóstico apropiado alcanzó un 93% (1471/1585)</li> <li>- En hombres y mujeres entre 15 y 60 años que reciben un diagnóstico apropiado alcanzó un 88,1% (1432/1622).</li> </ul> <p>Al finalizar el proyecto se tiene un prevalencia global (casos positivos) del 39% (3728/9361), por grupo de edad es de un 5,5% (263/4724) para menores de 15 y de 74,7% para mayores de 15 años.</p>	<b>Muy Alta.</b>

En general se valora la eficacia lograda en R1 como **Muy Alta**.

22

**Resultado 3: Establecer el tratamiento de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria.**

Para el logro del presente resultado se han establecido las siguientes actividades:

- A.3.1. Ofrecer tratamientos etiológicos en pacientes positivos a nivel comunitario.
- A.3.2. Detección temprana y tratamiento oportuno de las reacciones adversas.
- A.3.3. Contribuir a la aplicación de protocolos de tratamiento de Chagas congénito a nivel comunitario.
- A.3.4. Detectar pacientes con patología chagásica crónica cardíaca o digestiva y proporcionarles evaluación especializada.
- A.3.5. Implementar una correcta gestión de farmacia.

De las personas detectadas como positivas tras la realización del tamizaje y diagnóstico se les ofrecía el **tratamiento** (Benznidazol), el cual duraba 9 semanas y durante el mismo se hacía seguimiento de las reacciones adversas posibles complementando, en caso necesario, el tratamiento con medicamentos que redujeran estos efectos.

Para el establecimiento del tratamiento el proyecto facilitó de un stock de medicamentos tanto a las CS, PS y Hospital, así como sus protocolos de suministro, tanto para adultos como niños/as, y por otra parte depuraron los procesos de solicitud de medicamentos al SEDES regional, con el objeto de hacerlos más ágiles.

**Un aspecto novedoso introducido por el proyecto ha sido la implementación del seguimiento y tratamiento de pacientes crónicos,** algo que anteriormente no se hacía por parte del sistema de salud. Estos pacientes identificados eran derivados a un/a especialista (cardióloga, digestivo) para una evaluación y definición de tratamiento no etiológico (implementación marcapasos o cirugía gástrica).

Con respecto al alcance conseguido con respecto a su indicador, señalar :

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE EFICIENCIA
Población que accede al protocolo de tratamiento después de la confirmación diagnóstica 70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños/as entre 1 y 15 años que cumplen criterios e inician el tratamiento 73,8% .</li> <li>- Hombre y mujeres entre 15 y 60 años que cumplen los criterios e inician el tratamiento es del 64%.</li> </ul>	<b>Alta.</b>

El alto porcentaje conseguido sobre la meta atiende a la presencia activa en las comunidades de los equipos de MSF, los cuales incidían en que los pacientes confirmados con la enfermedad iniciasen el tratamiento, siendo estos supervisados por dicho personal.

En general se valora la eficacia lograda en R3 como **Alta.**

23

**Resultado 5: Establecer la prevención de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia comunitaria.**

Para el logro de este resultado se han previsto las **siguientes actividades:**

*A.5.1. Implementar las actividades de Control Vectorial a nivel comunitario:*

- *Capacitación de los/as líderes PIV,s (Punto de información de Vinchucas).*
- *Realización de talleres con profesores (control vectorial).*

Con el objeto de promover la prevención de la enfermedad, se desarrollaron diferentes actividades de IEC, las cuales consistieron en realizar reuniones comunitarias de información y concientización sobre la importancia de la prevención y vigilancia del vector que transmite la enfermedad del Chagas, al finalizar la reunión se entregaron las fichas de auto evaluación de la vivienda que se devolvieron a la semana siguiente registrando el resultado de la búsqueda de la vinchuca (Chinche: Triatoma Infestans). Como resultado de esta acción se consiguió el siguiente número y porcentaje de viviendas autoevaluadas:

Viviendas Habitadas	Viviendas Autoevaluadas	Viviendas No Autoevaluadas
1600	1416	184
%	<b>89%</b>	<b>11%</b>



Como complemento se desarrolla el control de calidad de las auto evaluación, realizando este al 100% de las viviendas positivas registradas en auto evaluación y al 20% de las viviendas negativas registradas.

El control de calidad es realizado por un técnico/a de M.S.F, técnico municipal y el líder PIV.

Control de Calidad Viviendas Positivas			Control de Calidad Viviendas negativas		
Autoeva. Positivas	Control de Calidad	Porcentaje	Autoeval. Negativas	Control de calidad	Porcentaje
<b>129</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>1287</b>	<b>258</b>	<b>20%</b>

De las viviendas positivas contrastadas con el control de calidad, se realiza el rociado del 100% las mismas por el personal municipal de control vectorial, con el apoyo de MSF en temas logísticos.

En referencia a la formación, se desarrollaron capacitaciones cíclicas los Puesto Información del Vector (PIV,s), los cuales actualmente son quienes realizan las actividades de prevención de la enfermedad (denuncias, control de calidad, rociado de viviendas), alcanzándose el siguiente número de PIV,s por municipio:

24

Municipio	PIV, formados
Aiquiles	90
Omerepe	40
Pasorapa	40
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>

A su vez se les doto de materiales de apoyo para el registro de la información de sus comunidades y otros materiales que faciliten su identificación. (Bolsos, Gorras, letrero PIVs, etc.).

Dentro del ámbito escolar, se realizó la “Guía Escolar” con el objetivo facilitar una herramienta para trabajar en el ámbito escolar el tema de Chagas. Se facilitó tanto a centros escolares, como al Hospital, CS y PS diferentes materiales para facilitar el aprendizaje y la difusión de la enfermedad de Chagas (Banners, Rota folios, afiches y trípticos).

Con respecto al alcance conseguido sobre el indicador establecido, señalar:

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE EFICIENCIA
Población que se beneficia de la aplicación del protocolo de control vectorial (autoevaluación de vivienda, control de calidad y rociado) 70%.	Meta alcanzada 89 %	<b>Muy ALTA</b>

– **Estrategia integrada:**

**Resultado 2: Establecer el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada.**

Para el logro de este resultado se han previsto las siguientes actividades:

- A.2.1. Ofrecer tamizaje de Chagas en los puestos de salud: Capacitación de los CS y PS.
- A.2.2. Ofrecer diagnóstico definitivo de Chagas en los laboratorios: Taller de laboratorios.
- A.2.3. Contribuir a la aplicación de protocolos de diagnóstico de Chagas congénito en el Hospital Carmen López: Capacitación personal, sistematizar la prueba y tratamiento.
- A.2.4. Apoyar a los laboratorios ofreciendo diagnóstico: incorporación de técnicas, seroteca..
- A.2.5. Finalizar investigaciones operativa de test rápido.

25

Los Centros de Salud (CS) de Omerepe y Pasorapa y de los 15 Puestos de Salud (PS) distribuidos entre las comunidades de los tres Municipios recibieron material para el desarrollo de diagnóstico rápido de Chagas (stat pack) en stock suficiente para que el personal de dichos puestos y centros puedan realizar las pruebas a la población de las comunidades, así como neveras para el transporte de las muestras.

Esta dotación de materiales fue complementada con formación del personal de estas unidades en temas de diagnóstico, tratamiento y prevención de Chagas, la cual es muy bien valorada por las diferentes personas entrevistadas:

El número de personas formadas ha sido el siguiente:

Municipio	Servicio de Salud	Personas formadas
Aiquiles	Hospital del Carmen	26, distribuidos entre enfermería, auxiliares de enfermería, médicos, cirujanos, laboratorio, farmacia, anestesiólogos
	6 Puesto de Salud	7 Auxiliares de enfermería
Omereque	5 Puestos de Salud	7 Auxiliares de Enfermería

	1 Centro de Salud	17, distribuidos entre auxiliares de enfermería, médicos y ginecólogos
<b>Pasorapa</b>	4 Puestos de Salud	5 Auxiliares de enfermería
	1 Centro de Salud	8, distribuidos entre auxiliares de enfermería, médicos y bioquímico
<b>TOTAL</b>		<b>60 personas formadas</b>

Con motivo del incremento del número de diagnósticos promovidos por la estrategia comunitaria (EC), el área de laboratorio fue fortalecida con reactivos, seroteca, cámaras frigoríficas para la conservación de las muestras, base de datos para la sistematización de la información de analíticas, lector de ELISA y capacitación del personal, así como con el apoyo de la bioquímica del equipo médico de MSF para promover descarga de trabajo.

De las los testimonios recogidos durante la visita al laboratorio, se señala que actualmente existe carencia de reactivos para el lector ELISA ya que hay falta de suministros por parte de las farmacéuticas que distribuyen los reactivos, este problema es común a nivel nacional.

Destacar que paralelamente al trabajo de campo realizado MSF aprovecho las intervenciones para desarrollar una investigación para la validación de los test rápido, en el caso del proyecto de Aiquiles la experiencia ha sido satisfactoria, pero para poder publicar resultados contrastados se está pendiente de los estudios realizados en otros países que permitan dar validez científica al estudio.

Con respecto al alcance conseguido sobre el indicador establecido, señalar:

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE EFICIENCIA
Población que accede al protocolo de diagnóstico 15%	Los datos corresponden a estructuras de salud ya intervenidas y en fase de supervisión e intervención en nuevas (Hospital Carmen López y CS Omereque y Pasorapa) y PS. Los resultados alcanzados fueron 6% para niños/as entre 1-15 años y un 3% para mujeres y hombres entre 15 y 60 años.  Lo que hace un total de 9% de la meta esperada.	<b>MEDIA</b>

A diferencia de la estrategia comunitaria en la integrada no se realizaba un trabajo tan directo con la población sobre la motivación hacia el diagnóstico. La población que accede al protocolo es población que a través de las campañas de sensibilización ejecutadas se acerca por propia voluntad a los centros de salud y hospital para realizarse dichas pruebas. En general se valora la eficacia lograda en R2 como **Media**.

**Resultado 4: Establecer el tratamiento de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada.**

Para el logro de este resultado se han previsto las siguientes actividades:

- A.4.1. Ofrecer tratamientos etiológicos en pacientes positivos en los centros de salud.*
- A.4.2. Detección temprana y tratamiento oportuno de las reacciones adversas en los centros de salud.*
- A.4.3. Contribuir a la aplicación de protocolos de tratamiento de Chagas congénito en Hospital Carmen López- Aiquile.*
- A.4.4. Detectar pacientes con patología Chagásica crónica cardiaca o digestiva y proporcionarles evaluación especializada: Campaña quirúrgica, capacitación de cardiología, colocación de marcapasos, visitas seguimientos.*
- A.4.5. Contribuir a la correcta gestión de la farmacia de los centros de salud.*
- A.4.6. Contribuir a la implementación de programa integral de chagas en los centros de salud del nivel de atención primaria: socialización de evaluaciones.*
- A.4.7. Finalizar la investigación operativa de PCR.*
- A.4.8. Finalizar la investigación operativa relativa a la cardiopatía crónica: realización de electrocardiograma a 1000 personas con y sin chagas, reporte final.*

En la estrategia de integración (EI), los alcances de la cobertura de **inicio de tratamiento** no alcanzaron lo previsto, las principales razones, de esta situación, obtenidas de las entrevistas y análisis documental señalan a factores propios de cada paciente, por ejemplo, ellos planifican las fechas en las cuales iniciaran su tratamiento, principalmente influenciadas por factores culturales (Fiestas patronales, fiestas personales, etc.), no dando prioridad a la importancia de comenzar el tratamiento lo antes posible para obtener unos mejores resultados de cura.

Para el caso de la **finalización de tratamientos** los datos tampoco son los esperados, las principales razones que han llevado a los mismos, según lo contrastado, son diversas destacándose como las principales las siguientes: los pacientes deciden abandonar por voluntad propia, ya sea por miedo a los efectos adversos o simplemente por tener las cercanía de alguna fiesta patronal (existen fiestas patronales frecuentes en la zona), al ser una enfermedad asintomática los pacientes no priorizan su atención. Otros factores son referidos al personal de salud, ellos no completan o no registran las historias clínicas del paciente cuando concluye su tratamiento o también cuando no asiste el paciente a su control semanal no realizan la búsqueda del mismo quedando la historia clínica sin su cierre respectivo y por otro lado el cambio frecuente del personal de salud.

En lo referente a los **tratamientos no etiológicos**, durante el 2012, de los pacientes crónicos que desarrollaron una cardiopatía o mega víscera, de 201 pacientes identificados con indicación de marcapasos, se implementaron un total de 35 (15%). Se realizaron 18 intervenciones quirúrgicas digestivas. Para el caso de la colocación de los marcapasos se cuenta con la colaboración de la ONG Norteamericana Puentes de Solidaridad quienes facilitan los marcapasos así como material quirúrgico para su implementación. Paralelamente MSF facilita medicamentos para las operaciones, así como seguimiento periódico de los/as

pacientes operados a través de una cardióloga asumida al 50% por MSF y Puentes de Solidaridad.

Por lo que respecta a los estudios, en abril 2011 se empezó un estudio de PCR en colaboración con la organización iniciativa para Drogas para enfermedades olvidadas. Se incluyó a 220 pacientes. Los pacientes incluidos en el estudio recibirán un seguimiento durante 1 año (finalizó en enero 2013).

En el caso del estudio de cardiopatías este no se pudo llevar a cabo por la demora en la aprobación por los diferentes comités de ética en Bolivia y España aplazándose dicho estudio.

Con respecto al alcance conseguido sobre el indicador, señalar :

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE EFICACIA
Pacientes positivos con criterio accediendo al protocolo de tratamiento de 85%.	Niños/as menores de 15 años que inician tratamiento es de 4,3% y de 19,2% para hombres y mujeres entre 15 y 60 años. 23,7%. en total	<b>BAJA</b>
Personas diagnosticadas positivas que concluyen tratamiento correctamente (meta= a 100% para menores de 9 meses y el 80% para el resto de la población)	Tratamiento con esquema completo 0% para menores de 15 años y un 71% para mayores de 15 años.	<b>BAJA</b>

28

**Resultado 6: Establecer la prevención de la enfermedad de Chagas en las comunidades de la provincia de Narciso Campero a través de la estrategia integrada.**

Para el logro de este resultado se han previsto las siguientes actividades:

*A.6.1. Integrar las actividades de prevención de control vectorial en los centros de salud: taller de control vectorial provincial, plan de vigilancia, rociado químico de comunidades infestadas con más del 5% de vinchucas.*

*A.6.2. Contribuir a la correcta gestión de los insumos para control vectorial.*

*A.6.3. Asegurar la aplicación de los requerimientos esenciales en agua, higiene y saneamiento en los centros y puestos de salud: construcción de áreas de desechos.*

*A.6.4. Implementar actividades de advocacy según plan establecido: reuniones con asociaciones de chagas, programa de radio, asociaciones de mujeres, líderes comunitarios, día internacional de chagas.*

Las actividades de **control vectorial** se centraron en informar y concientizar a los/as pacientes sobre la importancia de la prevención y vigilancia del vector que transmite la enfermedad del Chagas, luego de esta información se les entrega las fichas de auto evaluación que deberán devolver la próxima semana registrando el resultado de la búsqueda de del chinche.

Como responsable de estas acciones se asignó a la enfermera/o o el médico/a del establecimiento de salud. La auto evaluación y control de calidad siguió el mismo esquema que en estrategia comunitaria.

Según datos del informe final del proyecto, en el 2012 se capacitó en prevención al 95% de los/as pacientes en tratamiento (119 de 125), así como se realizó el control de calidad al 74,3% de las viviendas, rociándose la única vivienda detectada como positiva.

Se destaca en este mismo informe, que el control vectorial a nivel estrategia integrada no fue el esperado debido a un trabajo poco pro-activo por parte de técnicos municipales y personal de salud.

Por lo que respecta a la **construcción de las área de desecho**, en 2012 se terminó la construcción de 4 de 5 áreas de desechos hospitalarios previstas. La 5ª área prevista en 2012 (PS de Huanacuani Chico) no se hizo por que el puesto de salud va a ser construido en otro lugar. Este cambio no supuso menor coste o cambio substancial ya que las 4 áreas tuvieron más coste.

En referencia a las actividades de **advocacy**, se trabajó con los medios de comunicación disponible y accesible para la mayoría de la población. En la Provincia Campero existen las siguientes radios: Radio Comunitaria que es del estado, Radio Esperanza, Radio Pasorapa y Radio Omereque son de la iglesia. Con estas emisoras se establecieron cuñas, jingles, spots y la difusión de algunos comunicados.

Por último señalar la constitución de la Asociación de pacientes enfermos de Chagas, la cual tuvo sus dificultades, en su inicio, para una correcta sostenibilidad, pero en el momento de la evaluación se encuentra activa con pacientes crónicos que le dan continuidad.

Con respecto al alcance conseguido sobre el indicador establecido, señalar :

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE EFICIENCIA
Personas positivas que acceden al protocolo de control vectorial 100%	En el año 2012 el porcentaje alcanzado ha sido de 64,7% .	<b>BAJA</b>

Un aspecto señalado por parte de MSF como **condicionante a la hora del alcance de los indicadores previstos**, es el hecho de las metas establecidas en los mismos no fueron de-

bidamente consensuadas con los servicios de salud implicados en el proyecto, siendo estas construidas de forma unilateral por MSF sin tener en cuenta las posibilidades, capacidades y prioridades del sistema de salud para poder alcanzarlas, lo que ha hecho que algunas de estas se hayan sobreestimado.

A su vez y como se ha mencionado en apartados anteriores, el personal de los servicios de salud atienden otros tipos de dolencias, enfermedades y emergencias no siendo exclusivo su trabajo sobre Chagas, por último y con respecto a la población en general y a los/as enfermos/as, destacar que al ser el Chagas un enfermedad asintomática en sus primeras fases la consciencia y sensibilización hacia el diagnóstico y tratamiento es muy baja, lo que necesita de una sensibilización y búsqueda activa por parte de los servicios de salud que promueva una mayor.

#### 4.4. IMPACTO.

Para el análisis del impacto nos centraremos en valorar el alcance del **objetivo específico** del proyecto, el cual establece:

***Instaurar la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la infección/enfermedad de Chagas a través de las estrategias comunitaria e integrada en la provincia de Narciso Campero.***

30

Como se ha señalado en el criterio anterior la instauración de los servicios previstos en ambas estrategias ha sido desigual, necesiéndose afianzar por parte de los servicios de salud departamentales y locales, las capacidades instaladas y recursos facilitados por el proyecto. Para ello desde MSF se hace necesario seguir manteniendo un seguimiento cercano sobre el cumplimiento de los compromisos establecidos por la autoridades de salud, así como la calidad de los servicios prestados.

El proyecto ha conseguido sensibilizar a las autoridades de salud y establecer procedimientos más integrales de cara a la intervención de la enfermedad de Chagas que el sistema no contemplaba como es el diagnóstico, tratamiento (etiológico y no etiológico) y prevención tanto a nivel de atención primaria como secundaria. Como muestra de estos avances podemos destacar los siguientes:

- A nivel comunitario los **PS cuentan con médicos** que acompañan a las enfermeras y/o auxiliares existentes, pudiéndose incrementar los servicios prestados y se están realizando algunas pruebas diagnósticas con los kits facilitados.
- A nivel del **Hospital de Aiquiles** se cuenta con una persona referente de Chagas que permite que los temas propios de la enfermedad estén dentro de la agenda sanitaria local.

- Se ha establecido un **seguimiento cardiológico** a los pacientes con marcapasos, este servicio es prestado por un médico internista (en año social), que aunque no es especialista esta formado para esta supervisión.
- En lo referente a tratamientos no etiológicos: colocación de **marcapasos y dolencias de colon** (megacolon) el hospital esta realizando entre 4 y 6 intervenciones mensuales respecto a estas cirugías.
- Se cuenta con los **equipamientos en quirófano y laboratorio, así como con cierto stock de medicamentos** para poder dar una mayor cobertura a las demandas por Chagas.
- La **Alcaldía destina un presupuesto**, aunque escaso, para poder una ofrecer un atención más integral de la enfermedad.

Desde un punto de vista más cuantitativo y tomando como referencia los datos de la Red de Salud 9 Campero de los últimos 4 años<sup>3</sup>, el programa ha tenido una notable incidencia durante los años de ejecución (2010, 11, 12 y 13), sin embargo al observarlas tendencias en lo que respecta a control vectorial, diagnóstico y tratamientos en el año 2014, se identifican cierta reducción de actividades, principalmente en lo que concierne a diagnósticos y tratamientos:

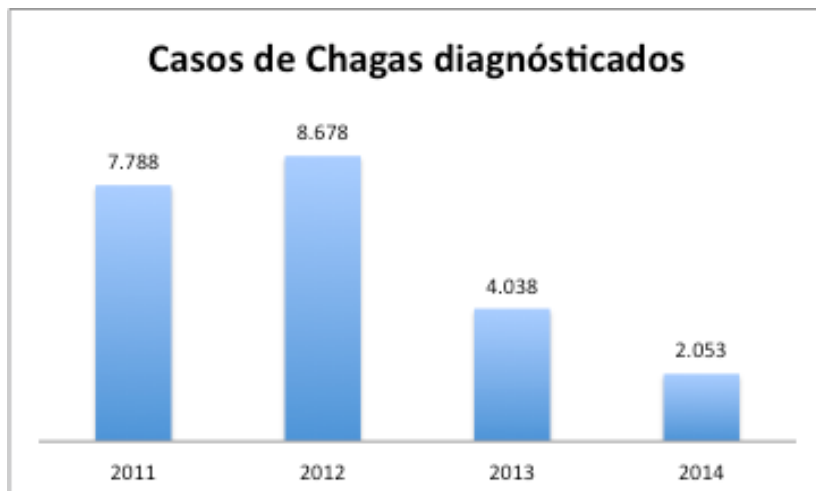
- En el **control vectorial** a lo largo de los 4 último años, el número de viviendas positivas ha ido disminuyendo de la siguiente manera.



A lo largo de los años de intervención gracias a la EE y ESE se ha incrementado el seguimiento de las viviendas, realizándose evaluaciones periódicas, controles de calidad y fumigaciones de aquellas comunidades donde se consideraba necesario, contribuyendo a la reducción de casas infectadas.

- En referencia al número de **casos de Chagas diagnosticados**, la evolución ha sido la siguiente.





En el 2012 debido a la presencia de MSF en la EC, se realizaron un alto número de diagnósticos por ello existe ese pico de 8.678 casos positivos, durante el 2013 MSF abandona la EC y se centra en EI, por ello el número de diagnósticos desciende ya que no se hace una intervención directa de tamizaje y diagnóstico en las comunidades, siendo los casos diagnosticados personas que se acercan al Hospital por cuenta propia. En 2014 el número de casos positivos desciende a 2.053.

32

Independientemente de esta circunstancia se estima que el control vectorial masivo ejecutado durante el proyecto también ha tenido repercusión en la reducción de casos positivos de Chagas.

- En el caso de los **tratamientos**<sup>4</sup> la tendencia en los últimos años ha sido la siguiente:



Estos datos confirman lo señalado en el apartado eficacia, durante los años de presencia de la EC el número de tratamientos es mayor si los comparamos con los datos del 2013, donde sólo se ejecuta la EI y no existe un trabajo proactivo a nivel comunitario para establecer el tratamiento en los casos diagnosticados como positivos, dejándose voluntad del paciente el acercarse al hospital a recibir el tratamiento. Paralelamente se ratifica el alto número de abandonos de los tratamientos iniciados.

Por lo que respecta al alcance de los indicadores establecidos, estos han sido los siguientes:

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE IMPACTO
100% de los centros de salud apoyados por MSF que cumplen el 80% de las metas de los resultados 1 al 6	<p>Como se ha comentado la estrategia comunitaria ha tenido un alto éxito en sus alcances, consiguiéndose y superándose en algunos casos las metas establecidas.</p> <p>En el caso de la estrategia integral estas metas no han sido alcanzadas debido a que los servicios de salud no tienen una dedicación exclusiva para el Chagas y su trabajo no se desarrolla a nivel comunitario con la misma intensidad que la implementada por MSF, por otra parte se destaca que las metas establecidas en esta estrategia han sido sobre estimadas y en su diseño no se tuvo en cuenta las capacidades reales de los sistemas de salud locales</p>	<b>Medio</b>
El sistema de recogida de datos establecido y funcionando correctamente.	<p>El proyecto ha facilitado herramientas (bases de datos, epi-info) y procedimientos para una mejor sistematización de la información, los cuales son bien valorados por los diferentes actores involucrados, como aspecto a destacar sobre la gestión de la información está el establecimiento de los Comités de Análisis de Información (CAI) los cuales se realizan de forma trimestral y en ellos se socializan, ante diferentes actores, los avances y cumplimiento de compromisos respecto a las diferentes áreas de la salud (actualmente se incluye Chagas en estos reportes, anteriormente no se hacía).</p> <p>A pesar de estos avances se identifica por personal de los servicios de salud que la mayor parte de la recogida de datos sigue siendo</p>	<b>Alto</b>

INDICADORES PREVISTOS	OBSERVACIONES	GRADO DE IMPACTO
	manual a través de fichas lo que puede generar ciertos errores en su recogida y sobre todo procesamiento.	
Todas las actividades llevadas a cabo por recursos humanos de la contraparte	Se considera que este indicador es confuso ya que parte de las actividades han sido llevadas a cabo por los equipos médicos de MSF (EC) y otra por los equipos de los servicios de salud locales (EI), no entendiéndose que se quiere medir con el mismo, por ello no se realizar valoración	-----

A la hora de valorar el impacto de la intervención se debe tener en cuenta el doble objetivo de la misma, por una parte esta el **incrementar la cobertura** en cuanto a diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad de Chagas, lo cual ha tenido alto impacto a nivel comunitario, no siendo tan exitoso en el caso de la estrategia integrada donde se necesita asentar y afianzar los avances conseguidos respecto al fortalecimiento de capacidades y recursos de cara a dejar un sistema de salud con una mayor capacidad de respuesta ante al enfermedad.

Por otra parte se cuenta con el **objetivo de advocacy** propio de MSF, el cual pretendía poner de manifiesto a las autoridades de salud la factibilidad y necesidad de implementar desde la atención primaria una estrategia más integrada de intervención que incluya a ese nivel los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, tal y como establece la OPS y OMS. En este sentido el objetivo se ha conseguido en gran parte, siendo adquiridos por las autoridades de salud ciertos compromisos para ir asumiendo un nivel de integración mayor a nivel de atención primaria y secundaria.

Por tanto y teniendo en cuenta lo señalado la valoración media del impacto se estima como **Alta**.

#### 4.5. SOSTENIBILIDAD.

Para el análisis de la sostenibilidad nos centraremos en la estrategia Integrada ya con ella se pretendía fortalecer el sistema local de salud para mejorar su respuesta a la enfermedad. Por el contrario con la estrategia comunitaria, desde la propia organización de MSF y en base a diferentes evaluaciones se estima que la misma no es sostenible por los servi-

cios de salud nacionales y locales y es por ello que ha sido abandonada en otros programas que la organización ejecuta en Bolivia.

Teniendo en cuenta lo anterior se considera que en el momento de realizar la presente evaluación, los **procesos establecidos por el proyecto apuntan a la continuidad** de parte de los beneficios, esta afirmación la asentamos en los siguientes aspectos:

- I. **Políticas de apoyo:** Como ya hemos mencionado en el apartado de Pertinencia, el proyecto se integra dentro de unas de las prioridades nacionales en salud, la cual se hace operativa a través de los **Programas nacional y departamental de Chagas (PNCH y PDCH)**, con los que el proyecto se ha alineado y coordinado. Así mismo a un nivel más operativo, el proyecto ha trabajado de la mano con las Alcaldías de Omereque, Pasorapa y Aiquiles fortaleciendo sus infraestructuras, equipamientos y recursos humanos, lo que ha afianzado la apropiación de la intervención.
- II. **Aspectos Institucionales:** El sistema de salud en Bolivia se encuentra descentralizado, siendo la máxima autoridad a nivel Departamental los SEDES (Servicios Departamentales de Salud), y a nivel local las Alcaldías, compartiendo entre ambas instituciones las responsabilidades de salud. Ambas instituciones mantienen el compromiso con el proyecto, pero dado el carácter político de la mismas, existe un alto nivel de rotación de personal que dificulta o ralentiza en cierta medida la continuidad de algunos procesos fortalecidos por el proyecto haciéndose necesario continuar, por parte de MSF, con un seguimiento cercano del proyecto.
- III. **Aspectos Socioculturales.** El proyecto fue diseñado y consensuado con el Programa nacional y departamental de Chagas, sin embargo a la hora de diseñar las metas estas no se ha realizado de forma conjunta, teniendo en cuenta las prioridades y capacidades locales para poder cumplir con la mismas, lo que ha dificultado su consecución, y en cierta medida ha generado “stress” y desamino según lo expresado en algunas entrevistas con el personal del hospital. Por otra parte, también se señala que el iniciar el programa con la estrategia comunitaria en la que MSF se dedicaba 100% con sus equipos y aportaciones a la ejecución de este componente, generó cierto grado de “asistencialismo” en algunas instituciones locales (Alcaldías), lo que dificulta que algunas de ellas vuelvan a tomar responsabilidad de sus obligaciones, por ejemplo: mantenimiento de equipos, dotación de medicamentos y otros recursos.
- IV. **Económicos.** La salida de MSF del proyecto conllevó el compromiso por parte del PNCH y PDCH, así como de las Alcaldías de dotar de fondos, medicamentos y personal a los servicios locales fortalecidos. Estos compromisos se están cumpliendo,

aunque se debe tener en cuenta que las posibilidades económicas, sobre todo de Alcaldías, no son lo suficiente para el mantenimiento de un sistema 100% integral. En este sentido por parte de SEDES y Alcaldía se está dotando de medicamentos al Hospital tanto para tratamiento etiológico como no etiológico, se mantienen las cirugías gástricas gratuitas (principalmente en aquellos casos de pacientes sin recursos), se continua la alianza con Puentes de Solidaridad lo que permite continuar con las operaciones de marcapasos, se mantienen las campañas y servicio de atención cardiológica, aunque no se ha contratado a un/a cardiólogo/a, este servicio está siendo facilitado por un medico internista contratado por la Alcaldía.

- V. **Factores Medioambientales.** El proyecto tuvo en cuenta durante su ejecución aspectos referentes a la gestión de residuos y bioseguridad tanto a nivel de capacitaciones en la comunidad como a nivel servicios de salud, así como contempló la construcción de 4 áreas de desechos hospitalarios.

En general, se puede afirmar que **la sostenibilidad de lo establecido con la estrategia integrada resulta Alta.**

#### 4.6. ASOCIACIÓN Y COORDINACIÓN.

A nivel nacional MSF cuenta con un **acuerdo marco** con el Ministerio de Salud bajo el cual se regulan las acciones que la organización desarrolla en el País. Para el caso del presente proyecto de Chagas, se ha establecido un acuerdo específico con el Programa Nacional de Chagas (PDCH), el cual es el órgano normativo referente a las políticas nacionales sobre esta enfermedad y con el cual se consensuaron las zonas de intervención teniendo en cuenta las necesidades y vulnerabilidades de los diferentes Departamentos.

A su vez y teniendo en cuenta la descentralización del Sistema Nacional de Salud existente en Bolivia, los referentes de Salud para cada Departamento del país son los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Estos servicios cuentan con diferentes áreas de intervención, entre las que se encuentra el área de epidemiología de la cual depende el Programa Departamental de Chagas (PDCH). Para el desarrollo operativo del PDCH se cuenta con las Gerencias de Red, las cuales concentran los diferentes Municipios de las Provincias del Departamento, siendo para el caso del presente proyecto la Gerencia de Red 9 (que aglutina a los 3 municipios de Aiquiles, Pasorama y Omereque) la referente local para la ejecución.

Con todas estas instituciones se han establecidos convenios y acuerdos de entendimiento los cuales regulan la ejecución del proyecto.

Por lo que respecta a otras organizaciones no de Gobierno, el proyecto tiene alianzas con la ONG Norteamericana, Puentes de Solidaridad, (sede en de Cochabamba), con la que se desarrollan apoyos para el tratamiento no etiológico: cirugías, marcapasos, material quirúrgicos, etc..

También se estableció convenio en el ámbito científico con la Plataforma Chagas, en la que se integran diferentes entidades: DNDI, SEACES, Hospital Clinic de Barcelona e IS Global, en el marco de los cuales se ejecutan procesos de investigación promovidos dentro del proyecto.

La valoración del sistema de coordinación es **Muy Alta**.

#### 4.7. APROPIACIÓN.

El proyecto se enmarca dentro de un **trabajo varios años de MSF con el Ministerio de Salud Boliviano**, en el cual se coordinan y establecen de forma conjunta los puntos de intervención y población meta a la que cubrir, en este sentido el grado de apropiación de la intervención por los titulares de obligaciones es alto, estableciéndose compromisos de continuidad dada la prioridad en políticas de salud hacia la intervención en Chagas.

Con respecto a las **instituciones locales**, Departamentales y Municipales, el trabajo se ha realizado de forma conjunta, siendo más **cercana la coordinación con las Alcaldías y menos complementaria a nivel Departamental** por motivos de una alta rotación de personal (en la actualidad no hay asignado referentes de Chagas a nivel de Programa Departamental), lo que ha dificultado líneas de continuidad en áreas como diagnóstico y tratamiento. algo se ha comentado con anterioridad, buena coordinación a nivel local, mala a nivel departamental y adecuada a nivel nacional.

En referencia a la **parte comunitaria**, se ha trabajado con los/as líderes comunales, así como con los promotores de salud existentes con el objeto de actualizar y fortalecer sus conocimientos sobre Chagas y establecerlos como referentes para el control vectorial (PIV,s) y en acciones de IEC (promotores de salud). En el momento de la evaluación se ha podido contrastar la existencia de 170 PIV formados y preparados para el trabajo de seguimiento geo-referenciado (E-mocha).

Destacar como otro aspecto que fortalece la apropiación, el establecimiento de los **Comités de Análisis de Información (CAI)**, los cuales son espacios de socialización de resultados y seguimiento abiertos a toda la población, lo que permiten la formulación de inquietudes y sugerencias.

En general, la apropiación del proyecto desde el punto de vista institucional y de los beneficiarios como **Alta**.

#### 4.8. ENFOQUE DE GÉNERO.

Como se ha señalado en el apartado pertinencia el proyecto atiende a una necesidad de salud prioritaria en la zona de intervención, dentro de las vías de transmisión de la enfermedad, una de ellas afecta específicamente a la mujer, la existencia vía de transmisión congénita (madre hijo) hace que se realice una incidencia especial en trabajar con la mujer con el objeto de fortalecerla de cara a hacer frente a la enfermedad, concretamente mujeres embarazadas y en edad fértil, lo cual es atendido por el proyecto.

Independientemente de esta inclusión de las mujeres como grupos prioritarios, dadas las características de la transmisión de la enfermedad, en el análisis de documentación no se ha podido ver un diagnóstico específico sobre la situación de la mujer a nivel salud, que defina o establezca una estrategia específica más integral sobre un trabajo dirigido a un empoderamiento subjetivo o colectivo de las mujeres.

Esto se refleja, en cierta medida en que el diseño del proyecto carece en su lógica de intervención de una sensibilidad de género, no existiendo indicadores sensibles a género, ni resultados o objetivo donde se detalle en su formulación aspectos concretos al fortalecimiento, empoderamiento y/o participación de las mujeres. Por ello es que se recomienda como conveniente el incluir en futuros equipos de trabajo personas especialistas en género que permitan visibilizar en el diseño y formulación del proyecto aspectos sensibles a este enfoque que deben ser desarrollados durante la ejecución.

El enfoque de género del proyecto es **MEDIO**

## 5. CONCLUSIONES.

CRITERIO	MUY ALTA	ALTA	MEDIA	BAJA	MUY BAJA
PERTINENCIA	██████████				
COHERENCIA (LÓGICA DE INTERVENCIÓN)			██████████	██████████	
EFICIENCIA	██████████				
EFICACIA			██████████	██████████	
IMPACTO	██████████				
SOSTENIBILIDAD		██████████			
ASOCIACIÓN Y COORDINACIÓN	██████████				
APROPIACIÓN		██████████			
ENFOQUE DE GÉNERO	██████████		██████████	██████████	

1. El **proyecto es pertinente**, contribuyendo a fortalecer al sistema de salud Boliviano ante una de sus prioridades nacionales en salud como es la enfermedad de Chagas, la cual es endémica en la zona de intervención. Así mismo se coordina con los diferentes niveles de descentralización del sistema de salud, implicando a sus diferentes actores: Nacional, Departamental y Municipal.
2. En referencia a la **coherencia de su lógica horizontal y vertical** el proyecto presenta algunas debilidades en su diseño, como una formulación marcadamente operativa de su objetivo específico y de sus resultados, expresándose más lo que el proyecto quiere hacer y no tanto lo que se pretende lograr. Esta misma circunstancia se da a nivel de los indicadores objetivamente verificables, en concreto en los del objetivo específico, donde las variables planteadas se centran principalmente en la consecución de actividades y no tanto en medir efectos esperados con la consecución del proyecto, por ejemplo reducción de incidencia de la enfermedad, fortalecimiento institucional, etc..
3. Por otro lado en la matriz de marco lógico se echa en falta un mayor **visibilidad hacia los enfoques transversales** (género, medioambiente, derechos) que reflejen lo que el proyecto pretende conseguir al respecto, ya que dentro de la ejecución existen acciones positivas sobre estos enfoques que en la lógica de intervención no se visualizan.



4. Se considera que el **proyecto contó con un equipo humano adecuado**, con funciones definidas y ajustadas a las necesidades, lo que promovió un correcto proceso de gestión y funcionamiento del mismo.
5. La **gestión presupuestaria ha sido adecuada** pudiéndose realizar las actividades programadas y facilitar la planificación de los reajustes necesarios, no identificándose variaciones significativas que alteraran la correcta ejecución del gasto.
6. Por lo que respecta a los **tiempos de ejecución** estos han seguido, en su mayor parte, la planificación establecida, ampliándose los plazos en aquellos casos donde se consideraba necesario para fortalecer la atención a pacientes con características especiales (crónicos).
7. **La eficacia del proyecto** en lo referente a la consecución de las metas previstas ha sido marcadamente diferente según se trate de la **estrategia comunitaria (E.C.)**, donde **ha sido muy exitosa** o **integrada (E.I.)** donde **no ha tenido el mismo grado de éxito**, los motivos de esta disparidad atañen, según lo contrastado a diversas razones: i) la forma de ejecución ha sido diferente, estableciéndose en el caso de EC equipos de MSF con dedicación exclusiva para buscar y tratar pacientes en un corto plazo, mientras que la estrategia integrada dependiente de las estructuras de salud el nivel de dedicación no ha sido exclusivo, debido a que el personal de estos servicios desarrolla otras atenciones además de Chagas.ii) La enfermedad de Chagas por su carácter crónico y asintomático genera en la población una necesidad urgente que catalice una mayor motivación/priorización de la misma hacia el diagnóstico y tratamiento. iii) los alcances establecidos como metas en la E.I. no fueron debidamente consensuadas con los servicios de salud implicados en el proyecto y ajustados a las posibilidades y capacidades del sistema de salud para poder alcanzarlas, lo que ha hecho que algunas de estas se hayan sobreestimado.
8. Existe por parte de las instituciones y servicios de salud y **alto reconocimiento hacia el trabajo desarrollado por MSF**, tanto a nivel de la calidad y utilidad las formaciones y asesoramientos impartidos, como de la pertinencia de las mejoras en infraestructuras y dotación de instrumentos e insumos facilitados.

9. **El proyecto ha contribuido a un incremento en el nivel de cobertura en atención hacia la enfermedad de Chagas** y ha promovido un enfoque integral de intervención, el cual es asumido por los servicios de salud pero con las limitaciones presupuestarias que ellos tienen, siendo conscientes de no poder ejecutar un nivel de atención como el desarrollado durante la intervención.
  
10. El proyecto **ha asentado las bases para una mejora en la cobertura y atención de los pacientes a nivel 1º y 2º** pero aún existen debilidades: bajo presupuesto de SEDES y Alcaldía, dificultad a nivel nacional de acceso a tratamientos etiológicos y reactivos para lectura de ELISA, elevada rotación de personal en los servicios de salud, etc., que limitan un mayor impacto de la intervención.
  
11. **La estrategia comunitaria ha tenido un notable carácter asistencialista** que ha creado altas expectativas a nivel comunitario, así como cierto grado de abandono de obligaciones por parte de algunas instituciones locales (Alcaldías) dejando en manos de MSF la responsabilidad de continuidad a dotaciones de insumos y mantenimientos de algunos equipos.

41

## 6. LECCIONES APRENDIDAS.

---

1. El desarrollo de la **estrategia comunitaria**, a pesar de ser conscientes de su baja sostenibilidad, **ha permitido demostrar a las autoridades de salud la pertinencia de ejecutar** desde la atención primaria **una estrategia integral de intervención** ante el Chagas que contemple, conjuntamente con el control vectorial, el diagnóstico, tratamiento e IEC.
2. El mantener como estrategia de MSF **la permanencia en la zona de intervención** a pesar de haber terminado el proyecto, permite dar continuidad al seguimiento y por consiguiente identificar debilidades existentes en los servicios establecidos y proponer acciones de mejora para su corrección.
3. La existencia de espacios como los **Comités de Análisis de Información (CAI)**, mejoran los procesos de apropiación del proyecto por parte de la población, ya que permiten una socialización de los resultados, fomentan la transparencia y dan opción hacia la formulación de inquietudes y sugerencias.

## 7. RECOMENDACIONES.

---

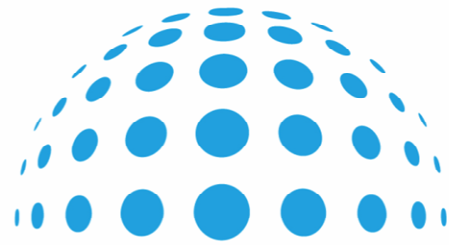
1. **Adecuar la formulación** de objetivo específico y sus indicadores a lo que el proyecto pretende conseguir incluyendo dimensiones y variables relacionadas con los cambios que el proyecto pretende alcanzar de cara a poder conocer y medir los efectos pretendidos con la intervención.
2. Es necesario **establecer un marco de indicadores**, y no únicamente IOV de actividades, referentes básicos de la evaluabilidad del Proyecto, y de contribuir así a una mejor apreciación de los resultados e impactos logrados, contribuyendo a una mejora en la toma de decisiones.
3. A su vez los IOV deben seguir **una formulación que contemple factores calidad y/o cantidad y tiempo**, así como variables sensibles a los enfoques transversales que permitan visibilizar los alcances del proyecto sobre estos temas.
4. Para futuras intervenciones se recomienda **incluir desde el inicio del proyecto la estrategia integrada**, con el objeto de implicar desde el primer momento a los servicios de salud para realizar un trabajo en conjunto que permita una mayor complementariedad y sinergia entre los actores de cara a un aprendizaje mutuo. A su vez, desde esta implicación en común desde las fases iniciales de la intervención, se podrán identificar y ajustar las metas de logro a la capacidades reales de las contraparte, evitándose de esta manera presiones o desmotivaciones innecesarios por la sobreestimación de las metas incluidas.
5. Con el objeto de **promover el compromiso de las personas** con Chagas hacia el tratamiento, se necesita fortalecer las acciones de IEC desde el Hospital del Carmen, CS y PS con el objeto de sensibilizar a estos grupos de pacientes de la importancia de realizar tratamiento desde el momento de su diagnóstico.
6. **Promover desde los CS y PS una búsqueda más activa de pacientes** de Chagas y ejecutar los protocolos de atención y derivación hacia el Hospital con el objeto de integrarlos dentro del sistema de referencia de Chagas promovido por el proyecto.

7. De cara a **afianzar los logros conseguidos con la intervención**, se recomienda a MSF desde la labor de seguimiento que está desarrollando, **supervisar en profundidad el cumplimiento de los compromisos por parte de las autoridades de salud** en lo referente a dotación de medicamentos, asignaciones presupuestarias, etc., así como a un nivel más operativo el seguimiento sobre las metas establecidas en los próximos CAI, con el fin de contrastar si los procedimientos y protocolos establecidos para el diagnóstico y tratamiento se cumplen.
  
8. Para futuras intervenciones de la misma naturaleza y con el objeto de integrar responsabilidades compartidas y evitar “asistencialismos”, se recomienda que se **consensue entre MSF e instituciones de salud la aportación económica y/o en valorado de cada una de ellas en lo referente a equipamientos, dotación de insumos, personal, etc., promoviendo con ello el establecimiento de unos compromisos compartidos desde el inicio del proyecto.**
  
9. Con el objeto de integrar de forma adecuada el enfoque de género en la intervención , se recomienda el **incluir en futuros equipos de trabajo personas especialistas en género que permitan visibilizar en el diseño y formulación del proyecto aspectos sensibles a este enfoque que deben ser desarrollados durante la ejecución.**

## 8. ANEXOS.

---

- 1.- Fotografías.



# análisis y desarrollo social consultores

## ***En Asturias:***

c/ Álvaro de Albornoz, 1 – 4º D

33207 Gijón – Asturias

TEL. +34.984. 39.23.57

Fax. +34.984. 39. 25.37

**Carlos Lobo. [clobo@aidsocial.com](mailto:clobo@aidsocial.com)**

TEL. +34.619.026.091

## ***En Honduras:***

**Carlos Santos. [aydescoh@aidsocial.com](mailto:aydescoh@aidsocial.com)**

TEL. (+504) 9559-0372

TEL. (+504) 2225-5492

Fax (+504) 2225-4011

## ***En Galicia:***

**Luis Pemán. [lpeman@aidsocial.com](mailto:lpeman@aidsocial.com)**

TEL+34.646.129.514

## ***En Madrid:***

HUB Madrid - C/ Gobernador 26

28014 Madrid

**Javier Fernández. [contacto.madrid@aidsocial.com](mailto:contacto.madrid@aidsocial.com)**

TEL. +34.647.461.097

## ***En Ecuador:***

**Santiago Donday. [sdonday@aidsocial.com](mailto:sdonday@aidsocial.com)**

TEL. (+593).97.53.91.19

## ***En Nicaragua:***

**Guillermo Cárdenas. [aidnica@aidsocial.com](mailto:aidnica@aidsocial.com)**

TEL. (+505) 8837-1110