

INFORME TRANSVERSAL

EVALUACIÓN TRANSVERSAL DE PROYECTOS DE SALUD EN GUATEMALA



NÚMERO DE EVALUACIÓN 1644-Z1450-0717

NOVIEMBRE 2010 A JUNIO 2011

Equipo evaluador:

**Dra. Karin Bohmann, Alemania
Hugo Cottom, Guatemala
Luis Cruz, El Salvador
Heidrun Gilde, Alemania**

Evaluación realizada por encargo de MISEREOR

Índice

Lista de abreviaturas	3
Prefacio	4
1. Resumen ejecutivo del informe	5
2. Breve descripción de la misión y de los métodos empleados	8
3. Situación de contexto	10
4. Caracterización de los proyectos evaluados	14
5. Efectos e impactos logrados	16
6. Fortalezas y debilidades comunes entre los proyectos evaluados	19
6.1 Procesos de formación como estrategia principal	19
6.2 Fortalezas comunes	20
6.3 Debilidades comunes	22
6.4 Factores de éxito	24
7 Reflexión de roles	25
7.1 Rol de las y los promotores de salud	25
7.2 Rol de la Iglesia Católica en el sector salud	28
8. Cooperación entre equipos de proyectos y MISEREOR	30
9. Conclusiones	30
10. Recomendaciones	32
10.1 Recomendaciones a los equipos de los proyectos	32
10.2 Recomendaciones a los Obispos	33
10.3 Recomendaciones a MISEREOR	34

Anexos

Anexo 1	Términos de referencia
Anexo 2	Mapa de cobertura de los proyectos evaluados
Anexo 3	Cronograma de la misión de evaluación
Anexo 4	Formato del cuestionario institucional
Anexo 5	Formato de la hoja informativa
Anexo 6	Programa del taller inicial
Anexo 7	Formato de autoevaluación
Anexo 8	Programa del taller final
Anexo 9	Evaluación del proceso de evaluación transversal
Anexo 10	Informe inicial
Anexo 11	Resumen de los métodos empleados
Anexo 12	Listado de preguntas
Anexo 13	Matriz de servicios
Anexo 14	Cadenas de efectos
Anexo 15	Objetivos de Desarrollo del Milenio
Anexo 16	Cuadro comparativo “Factores de éxito de los proyectos evaluados”

Lista de abreviaturas

AMENA	Asociación de Medicina Natural y Alternativa
CAP	Centro de Atención Permanente
CEG	Conferencia Episcopal de Guatemala
CELAM	Conferencia Episcopal de Latinoamérica
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo
COMUDE	Consejo Municipal de Desarrollo
CRS	Catholic Relief Service
DAS	Dirección Área de Salud/MSPAS
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud/MSPAS
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OG	Organización Gubernamental
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSAR	Observatorio de Salud Reproductiva
PDH	Procuraduría de Derechos Humanos
PEC	Programa de Extensión de Cobertura/MSPAS
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PROAM	Programa de Acceso a Medicamentos/MSPAS
PVV	Persona Viviendo con VIH
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia de la República
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIAS	Sistema Integrado de Atención en Salud. MSPAS
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud. Vigilancia epidemiológica. MSPAS
UASPII/MSPAS	Unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad. MSPAS
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
URL	Universidad Rafael Landívar
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala
VIGEPI	Vigilancia Epidemiológica. MSPAS
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VM	Visión Mundial

Prefacio

Expresamos nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que contribuyeron a poder llevar a cabo esta evaluación transversal. Especialmente queremos agradecer a la gran cantidad de promotores, comadronas y animadores en las comunidades así como a representantes de la población beneficiaria que dieron su tiempo, compartieron sus experiencias y se convirtieron en la principal fuente de información.

Muchas gracias igualmente a las y los integrantes de los nueve equipos de proyecto que colaboraron en todo momento con la organización de las actividades realizadas en el marco de esta evaluación. Sin su apoyo y participación activa no se hubiera podido llevar a cabo la ambiciosa programación. También se involucraron activamente directivos de las instituciones implementadoras aportando su visión futura y compartiendo estrategias institucionales de trabajo. En las entrevistas y los talleres múltiples participaron representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el tema salud a nivel nacional, departamental y local. La información y las ideas aportadas por todas estas personas permitieron obtener diferentes perspectivas y enriquecer el proceso de evaluación.

Finalmente, también queremos agradecer a las personas de MISEREOR en Aachen que están relacionadas con los proyectos evaluados, así como a la persona encargada de esta evaluación en la Sección de evaluación y gestión de calidad por sus aportes y la retroalimentación al equipo durante todo el proceso.

Esperamos que los contenidos de este informe se conviertan en un aporte importante para que los equipos de los proyectos evaluados valoren lo que han logrado, consoliden sus estrategias y las reorienten donde sea necesario. ¡Les deseamos mucho éxito en su futuro trabajo a favor de la salud comunitaria en Guatemala!

1. Resumen ejecutivo del informe

La evaluación transversal de los nueve proyectos de salud apoyados por MISEREOR se desarrolló entre noviembre de 2010 y junio de 2011 en Guatemala con el objetivo de que las instituciones contrapartes puedan continuar su trabajo con eficacia. Se llevó a cabo en una situación de cambios en el contexto social y político de Guatemala. Entre otros, hay que mencionar el aumento de la pobreza, la desnutrición y la violencia en las regiones donde operan los proyectos, así como a nivel nacional el cuestionamiento del actual modelo de salud y un Gobierno que proclama servicios gratuitos de salud e implementa amplios programas de ayuda social.

Entre los proyectos evaluados hay proyectos típicos de salud comunitaria que trabajan con promotores de salud, así como proyectos más enfocados en temas como VIH, nutrición, agua y saneamiento. Algunos proyectos no trabajan directamente a nivel comunitario sino que se dedican a fortalecer estructuras intermediarias, para que éstas brinden mejores servicios. Los proyectos se diferencian bastante en su forma de implementación y tienen una amplia gama de servicios y estrategias, entre los cuales se destaca la formación.

Con relación a los efectos directos e impactos logrados en promedio durante los últimos cinco años de implementación, cuatro de los nueve proyectos evaluados fueron muy exitosos, tres alcanzaron algunos efectos interesantes, pero aún no suficientes, y dos no mostraron mayores efectos. Los efectos directos más importantes que se lograron en dos o más proyectos son:

- beneficiarios en las comunidades cambian actitudes y hábitos no saludables por actitudes y hábitos más saludables
- beneficiarios de comunidades cuentan con servicios de salud locales de calidad y solo en casos graves tienen que dirigirse a hospitales y/o médicos particulares
- promotores formados se convierten en líderes reconocidos por la comunidad y permanecen en el lugar
- mejor calidad y cobertura de servicios brindados por actores públicos de salud, agua y saneamiento básico
- mayor consumo de alimentos sanos y nutritivos provenientes de la región
- PVV aumentan su autoestima y adquieren una mayor estabilidad emocional.

En el caso de los proyectos más exitosos, estos efectos directos contribuyen a producir efectos indirectos o impactos, como lo son la disponibilidad de medicamentos químicos y naturales de buena calidad y bajo costo en la comunidad, la disminución de la desnutrición materna e infantil, la disminución de enfermedades y muertes a nivel comunitario y/o mejores condiciones de vida de PVV. Los más llamativos de los efectos no intencionados son que la población beneficiaria no reivindica el derecho a la salud y/o al agua por contar con buenos servicios a través de los proyectos. Además, los proyectos contribuyen indirectamente a la pérdida de prácticas tradicionales de salud, a la marginalización de actores tradicionalmente encargados de la salud en las comunidades y un desaprovechamiento de plantas medicinales tradicionales. Con excepción del proyecto de VIH, los efectos de sinergia no son muy significativos y tampoco han sido una prioridad.

Entre las principales fortalezas identificadas están un fuerte compromiso social con la población empobrecida, un enfoque humano e integral de trabajo, procesos de formación buenos y no muy costosos, así como una permanencia bastante larga en las regiones de trabajo. Entre las debilidades comunes se pueden mencionar una tendencia a la sobrecarga de las personas y las estructuras rudimentarias de trabajo, así como debilidades en la gestión de los proyectos, especialmente la falta de una planificación más precisa y realista. Existen confusiones entre lo que es un proyecto de desarrollo y lo que compete a una institución implementadora de un proyecto. Además, en la mayoría de los proyectos

evaluados aún existe poca apropiación del tema incidencia política, que aparentemente tampoco es una prioridad para las autoridades eclesiales.

Mientras que en términos generales la pertinencia, eficacia y eficiencia de los proyectos evaluados son satisfactorias, la situación en términos de sostenibilidad de los efectos no es muy alentadora. A través de los promotores de salud, muchos de los proyectos están brindando servicios directamente a la población beneficiaria. Lo hacen de manera algo paralela al sector público y, en varios casos, reemplazándolo. Entonces, la única estrategia realista de salida sería a cambio de una “entrada” del MSPAS y/o de otra institución con buenos servicios de salud en calidad y cobertura, lo que demuestra la importancia de fortalecer el trabajo en incidencia política.

Las principales recomendaciones a los equipos de los proyectos son:

- Basar los proyectos consecuentemente en las realidades y necesidades de la población más empobrecida y vulnerable (pertinencia) partiendo de información de contexto.
- Diferenciar mejor entre diversos tipos de procesos de formación y registrar el porcentaje de deserción de las personas formadas. Incluir en la formación de promotores de salud las normas públicas vigentes, módulos de VIH, así como el tema de medicina tradicional y/o natural¹.
- Buscar oportunidades para que las y los promotores de salud a mediano plazo puedan profesionalizarse más y salir de su rol de personal voluntario formalmente no reconocido.
- Asumir un rol de “aliado crítico” frente al MSPAS que implica una cooperación más estrecha, así como un monitoreo de los servicios públicos a nivel descentralizado.
- Mejorar las estrategias de incidencia política y tomar en cuenta los recursos humanos y financieros necesarios para implementarlas conjuntamente con representantes de la organización comunitaria en salud.
- Elaborar para el futuro pocos objetivos e indicadores claros y precisos que puedan ser logrados en el lapso de tiempo previsto y fácilmente monitoreados.
- Diversificar las fuentes de financiamiento en las instituciones que implementan los proyectos para disminuir la dependencia de los fondos aportados por MISEREOR.

Las principales recomendaciones a MISEREOR son:

- Promover que los proyectos enfoquen su estrategia de trabajo más en la calidad y los efectos que en la cobertura.
- Precisar el concepto muy amplio de “beneficiarios”, ya que muchos proyectos no tienen bien definidos sus actores principales y confunden “intermediarios” con la población pobre y marginalizada.
- Cuidar que con recursos de los proyectos no se establezcan procedimientos, sistemas y/o estructuras paralelas a las del sistema público de salud.
- Seguir apoyando a las contrapartes para lograr una mayor orientación a efectos en la gestión de los proyectos, a través de un acompañamiento en la práctica (“on the job”).

¹ Como medicina natural entendemos plantas medicinales y preparaciones con base en hierbas, como medicina tradicional la suma de conocimientos y prácticas de prevención y curación básica basadas en experiencias ancestrales, y como medicina alternativa / complementaria un campo amplio de prácticas de salud (acupuntura, homeopatía, etc.) que no están integradas al sistema oficial de salud.

- Poner un mayor énfasis en revisar la calidad de los informes y la implementación de las estrategias acordadas durante la discusión de la solicitud.
- Asegurar que el apoyo al desarrollo de capacidades en las instituciones contrapartes a través de asesores contratados por MISEREOR sea eficiente y logre mayores efectos.
- Aclarar con las instituciones contrapartes bajo qué condiciones y durante cuánto tiempo MISEREOR puede asumir el financiamiento (completo) de estructuras institucionales.

2. Breve descripción de la misión y de los métodos empleados

Con la evaluación transversal de nueve proyectos de salud apoyados por MISEREOR en Guatemala se quiere contribuir a que las instituciones contrapartes conozcan los efectos de sus proyectos y los factores que los han favorecido u obstaculizado, para así poder continuar su trabajo con eficacia. A la vez, la evaluación aporta a MISEREOR una valoración del portafolio de proyectos de salud en Guatemala, que permite formular estrategias de acompañamiento y apoyo a las instituciones contrapartes. Finalmente, con la evaluación se pretende obtener un insumo para futuras evaluaciones transversales del sector de salud en los continentes África, Asia y América Latina (ver términos de referencia en el anexo 1). La evaluación transversal cubre en promedio los últimos cinco años de implementación de los proyectos realizados por ocho instituciones en siete departamentos (ver mapa de cobertura en el anexo 2) y conforman prácticamente el total del portafolio de salud de MISEREOR en Guatemala.

El **equipo evaluador** estaba compuesto por cuatro evaluadores externos: dos consultoras alemanas, un consultor guatemalteco y un consultor salvadoreño con sede en Guatemala. La coordinadora de la evaluación transversal, Heidrun Gilde, es especialista en desarrollo organizacional y gestión de proyectos con orientación a efectos e impactos. Además cuenta con una larga experiencia en la realización y conducción de evaluaciones complejas y un buen conocimiento del contexto guatemalteco, por haber trabajado durante cuatro años en el país en temas de juventud y participación ciudadana de la población indígena. La otra consultora alemana, la Dra. Karin Bohmann, es especialista en gestión de proyectos, análisis de efectos e impactos y gerencia del conocimiento. Tiene una larga trayectoria en la realización de evaluaciones en diversos sectores de la cooperación internacional y trabajó durante más de siete años en salud pública en México. El consultor guatemalteco, Hugo Cottom, es médico y cirujano con una maestría en salud pública y otra en gerencia para el desarrollo. Tiene una amplia experiencia en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de proyectos. El consultor salvadoreño, Luis Cruz, es experto en la facilitación de procesos de identificación e implementación de proyectos de desarrollo, así como en la gestión y evaluación de los mismos. Ha trabajado con varios sectores de la sociedad guatemalteca.

Para la evaluación de cada uno de los proyectos, los cuatro evaluadores formaron dos subequipos compuestos por una evaluadora alemana y un evaluador centroamericano. El principal criterio para formar los subequipos fue el evitar la participación en la evaluación de proyectos con los cuales alguno de los evaluadores hubiera tenido una vinculación anterior.

Para abordar esta evaluación bastante compleja se implementó un enfoque circular sistémico, que consiste en afinar el procedimiento específico y las hipótesis de trabajo sobre la marcha y a partir de los conocimientos que se van adquiriendo en el proceso. Para esto se realizaron las siguientes **fases principales** (ver el cronograma de la misión en el anexo 3):

- Fase inicial de estudio de documentos y aplicación de un cuestionario institucional con las contrapartes (ver el formato en el anexo 4), que tenía como producto una hoja informativa por proyecto, concertada con los equipos de los proyectos (ver el formato en el anexo 5).
- Estada en Guatemala en noviembre de 2010: conformación del equipo evaluador, acercamiento al contexto de salud en Guatemala y realización del taller inicial (ver programa del taller en el anexo 6) con las contrapartes y la responsable de MISEREOR encargada de Guatemala. Esta fase tenía como producto el informe inicial de la evaluación transversal, así como acuerdos entre todos los involucrados con respecto a la metodología, el procedimiento y los términos de referencia.
- Antes de iniciar las visitas a los proyectos, los equipos llenaron un cuestionario de autoevaluación que contenía aspectos importantes de los términos de referencia (ver anexo 7). Esta autopercepción de los equipos fue comparada con la percepción del

equipo evaluador y la de otros actores externos y fue devuelta con el informe final de cada proyecto.

- Primera serie de evaluaciones entre febrero y abril de 2011 que consistía en una primera visita a cada proyecto de aproximadamente una semana de duración. Para afinar instrumentos y procedimientos en el equipo evaluador, el primer proyecto fue visitado conjuntamente por los cuatro evaluadores. Productos intermedios de esta fase fueron las cadenas de efectos afinadas y primeras conclusiones con respecto a los aspectos transversales.
- Entre las dos series de evaluaciones, los dos evaluadores centroamericanos realizaron en varios de los proyectos entrevistas adicionales, según las necesidades identificadas al final de la fase anterior.²
- Segunda serie de evaluaciones entre mayo y junio de 2011 que consistía en una segunda visita de campo con una duración variable según necesidades de profundización.³ Al final de esta fase se presentó a cada equipo de proyecto las conclusiones y recomendaciones.
- Taller final con todas las contrapartes y la responsable de MISEREOR en junio de 2011 en la ciudad de Antigua, para compartir y discutir las conclusiones y recomendaciones transversales y las cadenas de efectos (ver programa del taller final en el anexo 8). Al final del taller se realizó conjuntamente una evaluación de todo el proceso de evaluación transversal (ver resultados en el anexo 9)

Durante la fase de campo de diez semanas, el equipo evaluador visitó 38 parroquias / 39 municipios y siete departamentos que pertenecen a cinco (arqui) diócesis. Se logró realizar entrevistas con cuatro obispos y tres vicarios, diversos coordinadores de Pastoral Social y Pastoral de Salud, 27 sacerdotes, las y los beneficiarios directos de 47 comunidades, aproximadamente 280 promotores y promotoras de salud y comadronas, con múltiples agentes parroquiales y animadores para los temas salud, nutrición y VIH, representantes del Ministerio de Salud y de otros ministerios relevantes, así como representantes de otras OGS y ONGs nacionales e internacionales en el campo de la salud y agua potable en Guatemala.

Con respecto a la **metodología de la evaluación** (ver anexos 10 y 11 para mayores detalles), se buscó una amplia participación de las instituciones contrapartes en el diseño del proceso de evaluación y la revisión de los resultados, contando con la presencia de al menos dos representantes por institución en el taller inicial y el taller final, de dos días cada uno. Otro criterio importante fue el rol activo de la población meta en la evaluación, para lo cual se aplicaron instrumentos visuales sencillos con grupos focales que no requieren de un buen manejo de la lectura y escritura. El equipo evaluador se entrevistó tanto con actores cercanos al proyecto como con otras personas conocedoras de la situación de salud y/o del contexto local, lo que permitió obtener una información bastante completa desde diferentes perspectivas. El criterio para la selección de lugares era el de encontrar la máxima representatividad posible, cubriendo a la vez experiencias interesantes recomendadas por el equipo del proyecto.

Donde fue posible, el equipo evaluador aplicó la triangulación, lo que significa abordar los aspectos clave de la evaluación a través de diversos métodos e instrumentos. Los aplicados en el marco de la evaluación fueron entrevistas individuales semi estructuradas, entrevistas y ejercicios prácticos con grupos focales (sociometría, elaboración de la historia, visualización con símbolos, trabajo de visiones, cuadros de distribución de tiempo), la observación de actividades y lugares (huertos de plantas medicinales, farmacias,

² En el caso del proyecto de agua y letrinización se contrató un técnico en agua y saneamiento quien realizó una evaluación técnica de la infraestructura establecida por el proyecto.

³ Por la proclamación del estado de sitio en Petén no fue posible realizar las visitas de campo tal como estaban previstas. La segunda visita al Petén se sustituyó por entrevistas vía teléfono y reuniones adicionales con los equipos en la ciudad de Chimaltenango.

infraestructura de saneamiento básico, etc.), encuestas de valoración y autovaloración, así como el análisis de documentos y de fuentes secundarias de información. Para que las personas se sintieran en plena libertad y confianza de compartir sus puntos de vista con respecto al proyecto, se cuidó en todo momento la privacidad en el levantamiento de la información, y donde fue necesario se trabajó con traductores. El uso de guías de preguntas (ver anexo 12), criterios e instrumentos comunes para el levantamiento y la documentación de información en *todos* los proyectos permitió comparar procesos y resultados, así como llegar a conclusiones y recomendaciones más genéricas.

Para poder **enfocar la evaluación en los efectos** era importante que el equipo de evaluación contara previamente a las visitas de campo con hipótesis que permitieran establecer relaciones entre los servicios y productos que los proyectos están ofreciendo y los efectos que pretenden lograr. En un primer paso se trató de observar si los servicios y productos ofrecidos por cada proyecto eran aprovechados por los destinatarios en la manera prevista (uso de los servicios). El taller inicial permitió un primer acercamiento a las “lógicas de intervención” elaborando conjuntamente la matriz de los servicios, que muestra cuáles proyectos ofrecen qué servicio y con qué intensidad (ver la versión final de la matriz en el anexo 13). Conjuntamente con las instituciones contrapartes se inició el trabajo en siete cadenas de efectos que durante el proceso de evaluación fueron periódicamente ajustadas por el equipo de evaluación, hasta llegar a la presentación de una última versión durante el taller final (ver anexo 14). Estas cadenas de efectos son bastante genéricas; pretenden dar un panorama de lo que los proyectos están ofreciendo típicamente en los diferentes campos de trabajo y lo que pretenden lograr o podrían estar logrando. Incluyen además algunos efectos negativos que fueron identificados en varios casos durante la fase de campo.

3. Situación de contexto

Guatemala cuenta con una población de 14,702,434 habitantes⁴ y una tasa de crecimiento de la población de 2,6%. Es un país multiétnico, pluricultural y multilingüe, donde, además del castellano (idioma oficial), se hablan otras 22 idiomas (20 Mayas, el Xinca y el Garífuna).⁵ Actualmente, más de cuatro millones de descendientes Mayas continúan hablando su idioma local, practican las diversas expresiones de su cultura, y subsisten principalmente de la agricultura o del comercio. Sin embargo, la sociedad guatemalteca sigue marcada por desigualdades históricas⁶ que son resultado del despojo y la exclusión social que se remontan a la invasión española, la colonización y al legado de 36 años de guerra interna con 440 aldeas arrasadas, miles de desaparecidos y 200,000 muertos que siguen ejerciendo un peso fuerte sobre la sociedad.

Guatemala tiene un área de 108,889 km² y cuenta con una gran variedad climática, producto de su relieve montañoso que va desde el nivel del mar hasta los 4,220 m.s.n.m. Esto propicia que en el país existan varios ecosistemas con una biodiversidad extraordinaria. La distribución de la tierra ha estado bajo el sistema de latifundios, propiedad de un pequeño sector poblacional, y de minifundios habitados por la mayoría de la población. Los conflictos de tierra son históricos en el país, pero actualmente se han agudizado por el aumento de megaproyectos hidroeléctricos, mineros⁷ y petroleros⁸, así como por la expansión de la caña

⁴ De acuerdo a proyecciones del Instituto Nacional de Estadística.

⁵ Decreto 65-90 del Congreso, Ley de la Academia de Lenguas Mayas y sus reformas.

⁶ Solamente en la década de 1944 a 1954 se logra encauzar al país por el camino de la modernidad, decretando la única Reforma Agraria que ha existido, conformando la base para la creación de los ministerios sociales y los órganos del Estado. Sin embargo, con la contrarrevolución e imposición de dictaduras militares, se vuelve a defender el sistema de latifundios que aún persiste.

⁷ Las consultas comunitarias contra la minería desencadenaron un proceso de resistencias a las multinacionales mineras, tanto por comunidades indígenas como campesinas (en toda Guatemala son 56 municipios que rechazan la presencia de la minería, de los cuales 30 están ubicados en ...). Actualmente, hay más de 200 dirigentes sociales con orden de captura por defender sus territorios, desde líderes indígenas hasta activistas ambientales, y se prevé que en los próximos años habrá un aumento importante en la conflictividad.

de azúcar y la palma africana como productos de agro exportación. Ambas situaciones están localizadas en áreas que coinciden con regiones de pobreza y zonas ambientalmente vulnerables, lo que propicia el apareamiento de nuevas enfermedades por la contaminación del medio ambiente. Políticos de izquierda hablan de una "recolonización" a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos que, entre otros problemas, vulnera la soberanía alimentaria a través de la "ayuda alimentaria" transgénica que llegó a Guatemala con excedentes agrícolas enviados desde Washington.

Otros problemas que afectan fuertemente la situación del país son la creciente narcoactividad y violencia. Mientras que después de los Acuerdos de Paz hubo una reducción de la violencia, ahora renace en regiones donde abundan los bienes naturales y mega proyectos mineros. Esto evidencia alianzas entre las viejas oligarquías, transnacionales de agronegocios y explotación minera, y el narcotráfico.⁹ El país se ha convertido en un corredor del narcotráfico desde el sur hacia Estados Unidos con una gran disputa territorial en la frontera entre Guatemala y México. Los grandes carteles de la droga ligados a grupos paramilitares y pandillas internacionales – las maras – se han posicionado en Guatemala. Están terminando de anular a un Estado ya de por sí muy débil, tanto en materia de derechos ciudadanos como de la seguridad.

En los últimos años, el aumento de fenómenos naturales (erupciones de volcanes, sequías pertinaces seguidas por tormentas y lluvias torrenciales) ha provocado desastres en varias regiones con la pérdida de vidas, de terrenos de vocación agrícola y la destrucción de comunidades enteras, lo que afectó negativamente los indicadores de pobreza y salud a nivel nacional.

Guatemala ocupa el lugar 116 en el índice de desarrollo humano de 169 países, y el penúltimo lugar de América Latina con un 0.560 (Haití se ubica en el último con un 0.404).¹⁰ La pobreza total del país es del 51% y la extrema pobreza llega al 15%. El promedio de años de educación escolar de los guatemaltecos es de 4.1, existiendo una tasa de analfabetismo de 20% a nivel general. El gasto público en educación únicamente es del 3.5% como porcentaje del producto interno bruto (PIB). La esperanza de vida al nacer es de 70.2 años lo cual se reduce en algunos departamentos hasta 59.3. Guatemala ocupa el primer lugar en desnutrición crónica en América Latina y el sexto a nivel mundial con una tasa del 43.4 %, siendo más afectada la población indígena y la población del área rural. El Gobierno del Presidente Álvaro Colom visibilizó más el problema de la inseguridad alimentaria, dando un mayor énfasis a la coordinación interinstitucional y el apoyo directo para enfrentar las consecuencias inmediatas de la desnutrición aguda, lo que ha implicado inversiones públicas inéditas. Sin embargo, las estrategias asistencialistas con criterios proselitistas no permiten superar las causas determinantes de la inseguridad alimentaria, ya que el Gobierno no ha contemplado el derecho a la alimentación.¹¹

Con relación a la situación en salud, las principales causas de enfermedad general son infecciones respiratorias agudas, el síndrome diarreico agudo, la dermatitis, la enfermedad péptica, así como neumonías y bronconeumonías. El origen de estas enfermedades son el atraso y las deficiencias en la infraestructura de los servicios de agua potable y saneamiento

⁸ Hay muchas empresas internacionales que están incursionado en la zona costera para la extracción de titanio y hacia el pacífico con la perspectiva de explotar petróleo en el mar.

⁹ Según el informe Violencia en Guatemala (estudio estadístico en cinco departamentos, realizado por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala en 2010 y publicado en 2011), el promedio anual de homicidios desde la firma de la paz ha sido de 4,587 asesinatos, llegando a un total de 64,214. El Gobierno del Presidente Álvaro Colom presenta la mayor cantidad de asesinatos y será la administración de la postguerra en la que se produce la mayor cantidad de delitos contra la vida.

¹⁰ PNUD: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010, Guatemala 2010.

¹¹ El Derecho a la Alimentación en Guatemala, Informe Final de la Misión Internacional de Verificación, Guatemala, marzo 2010.

básico,¹² la falta de vivienda y protección adecuada, así como el desgaste y estrés de las personas. Enfermedades como la malaria y el dengue se siguen presentando en el país y tanto la tuberculosis como el VIH se están propagando y aumentado progresivamente.¹³ Las diez primeras causas de mortalidad general que se presentan son neumonías y bronconeumonías, heridas por arma de fuego, infarto agudo al miocardio, traumatismo y politraumatismo, accidente cerebro vascular, síndrome diarreico agudo, cirrosis, insuficiencia cardíaca, diabetes y tumores (hígado y estómago).¹⁴ Actualmente, Guatemala ocupa junto a Bolivia, el primer lugar de muertes maternas en América Latina con una tasa de 290 por cada cien mil nacidos vivos.¹⁵ La mortalidad de la niñez es de 45 por mil nacidos vivos y se eleva más en los lugares donde la escolaridad de la madre es baja y la población es mayoritariamente indígena.

Guatemala, como parte de la Organización de Naciones Unidas, está suscrito al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de los cuales se han tenido algunos avances, pero con un ritmo todavía insuficiente y, en algunas categorías, insatisfactorio para lograr los estándares de desarrollo (ver anexo 15). En los indicadores de salud se evidenciaron fuertes disparidades regionales en las tasas de mortalidad infantil, en la razón de mortalidad materna y en las tasas de desnutrición. Cuando se compara por grupo étnico, la población indígena posee indicadores tres veces mayores a los que posee la población no indígena. Los indicadores del progreso de Guatemala señalan que el tiempo que tomaría mejorar las condiciones de vida de los indígenas es de 83 años, mientras que para los no indígenas es de 23 años. Por esta razón, es de suma importancia priorizar la reducción de las desigualdades en los indicadores de salud en el interior del país,¹⁶ lo que requiere de un enfoque con criterios interculturales.

Desde la época precolombina existe todo un sistema de medicina ancestral maya, el cual durante siglos logró mantener la salud de los habitantes. Con la llegada de la medicina occidental y la presencia de religiosos dedicados a la atención en salud, este sistema se marginaliza pero sigue su propio desarrollo. Para los curanderos y las comadronas (que son los actores principales del sistema de salud ancestral) su don no es curar, sino ser un intermediario entre Ajaw – Dios – y sus expresiones – los nawales – y los hombres. No necesitan ir a cursos para aprender, sino tener una buena relación con los mayores y su nawal. Ellos aplican plantas que tienen principios y energías cambiantes en el día y con los ciclos lunares, así que su uso no es mecánico. En los años 90 del siglo pasado, Guatemala vive un resurgimiento Maya con espacios para reivindicar la espiritualidad Maya. Sin embargo, los guías espirituales prefieren realizar su trabajo de forma discreta y hasta clandestina. Durante los últimos 20 años, una parte de los curanderos por medio de la medicina natural y plantas medicinales se está “reciclando” como médicos naturistas, allí encuentran la legitimidad “científica” que no fácilmente concede la medicina biomédica a otras prácticas médicas. La figura de la comadrona sigue siendo parte del modelo actual de salud pública (aunque bastante marginalizada), dado que los servicios institucionales no han sido capaces de dar atención domiciliaria a las personas en las comunidades.

A partir de los años 70, se desarrollan experiencias exitosas en salud comunitaria motivando a líderes locales de servir a la comunidad por el amor a Dios y al prójimo y reforzando el principio de la reciprocidad (“patanij”) con la mística cristiana. A diferencia del “patanij”, a partir de este momento pedir algo a cambio del servicio era considerado egoísta y

¹² En el área rural, el 49% de la población no tiene agua entubada, el 53% no tiene un servicio adecuado de eliminación de excretas, el 72% no cuenta con drenaje (INE: Censo, Guatemala 2002).

¹³ El número de casos de SIDA reportados hasta diciembre de 2010 asciende a 22,647 que dan una población en riesgo de aproximadamente 1,132,350 habitantes. Según la Organización Mundial de la Salud, por cada caso detectado existen 50 en riesgo.

¹⁴ MSPAS: Memoria de Vigilancia Epidemiológica. Guatemala 2009.

¹⁵ PNUD: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010, Guatemala 2010.

¹⁶ USAID: Análisis del progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para salud en Guatemala, mayo 2006.

políticamente incorrecto. Estas experiencias exitosas en salud comunitaria son retomadas a nivel mundial y sirven de base para la elaboración de la estrategia de Atención Primaria en Salud a nivel mundial en Alma Ata 1978.¹⁷ Sin embargo por el desarrollo más agudo del conflicto armado interno en los años 80, no se logra una implementación más amplia en Guatemala. En las décadas de los 80 y 90, los promotores y terapeutas tradicionales son perseguidos por el Estado, así que el trabajo con promotores de salud formados por ONGs y estructuras eclesiales adquiere el carácter de una alternativa a un estado contrainsurgente y genocida y un Ministerio de Salud que no responde a las necesidades comunitarias.

En 1986, se reinicia con la nueva Constitución y el nuevo Código de Salud una política de salud que pasa a ser influida por la OPS/OMS y el Banco Mundial, el que impulsa desde 1987 la reforma al sector salud en América Latina, la cual se inicia en Guatemala en 1991. Con la firma de los Acuerdos de Paz en 1995, el tema de salud se aborda en el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria dejando plasmada la necesidad de reformar el sector de manera integral tomando en cuenta a la persona humana, así como la necesidad de aumentar el presupuesto para garantizar el acceso a los servicios y medicamentos esenciales. Se establecen como prioridades la lucha contra la desnutrición, la mortalidad infantil y materna, la erradicación de la poliomielitis y el sarampión, la valoración y promoción de la medicina indígena, rescatando sus concepciones, métodos y prácticas. Se proyecta la descentralización y desconcentración administrativa, al igual que la participación de diversos sectores como municipalidades, comunidades u organizaciones sociales en la planificación, fiscalización, implementación y administración de los servicios y programas de salud.

A pesar de estos acuerdos, se continuó respondiendo a la reforma sectorial de salud desarrollando e implementando el nuevo Sistema de Atención Integral de Salud con el Programa de Extensión de Cobertura (PEC). Desde 1995, el PEC brinda un paquete básico de servicios a través de la contratación de organizaciones no gubernamentales y da continuidad al trabajo voluntario pagando una recompensación de Q 50.00 mensuales a los vigilantes de salud, que a cambio se comprometen a trabajar una hora diaria para ampliar la cobertura a bajo costo. Ahora, después de más de 15 años de haberse implementado, no se han logrado los resultados esperados, por lo que se encuentra en una etapa de desaceleración y fuertes cuestionamientos. El PEC con su modelo único de brindar los servicios del paquete básico una o dos veces al mes en cada comunidad, no logró adaptarse a los contextos locales y dividió la atención primaria en salud. Una parte fue asumida por puestos de salud del MSPAS y la otra parte por las prestadoras de servicios, lo que ha mantenido e incluso aumentado la inequidad en la atención.¹⁸ A pesar de haberse desarrollado nuevos servicios – en concreto, Centros de Atención Permanente, Centros de Atención Integral Materno Infantil – el costo y tiempo del transporte son las principales barreras para acceder a tratamientos adecuados, lo cual afecta principalmente a las familias más pobres. La escasez de recursos también limita la capacidad resolutoria de estos nuevos servicios que carecen de equipos médicoquirúrgicos esenciales.¹⁹

Desde el inicio del Gobierno de Álvaro Colom en 2008, se declara la salud como servicio público, poniendo énfasis en la gratuidad del mismo e incentivando su uso a través de la entrega de remesas familiares. Esto llevó a un aumento de la demanda. No obstante, por

¹⁷ Experiencias exitosas en Guatemala fueron la formación y el trabajo de promotores/as voluntarios/as de salud de Jacaltenango, Huehuetenango, que iniciaron la primera promoción en 1964 con el apoyo de los misioneros y las hermanas de la Congregación Maryknoll, principalmente con la Dra. Juana Buellesbach, así como de la fundación Behrhorst de Chimaltenango. Estas experiencias enfatizaron la necesidad de relacionar la salud con la política nacional de desarrollo y con la población beneficiaria de los programas, envolviendo a las comunidades en las decisiones que les afectan.

¹⁸ En los siete departamentos donde se implementan los proyectos de salud evaluados, se encontró que el MSPAS brinda una cobertura únicamente del 55% de la población, siendo el 33% cubierto por el PEC, solamente un 5% recibe asistencia por parte del IGSS, 3% de otras instituciones y un 4% aún no tiene acceso a ningún servicio.

¹⁹ ICEFI: ¿Derechos o privilegios? Compromiso fiscal con la salud y la educación, Guatemala 2010.

parte del Ministerio de Salud hubo poca respuesta porque el recurso humano y los presupuestos asignados han sido totalmente insuficientes para garantizar el derecho a la salud. Desde 2006 el gasto del MSPAS no supera el 1% en relación al PIB a nivel nacional, y la distribución del presupuesto por departamento demuestra grandes disparidades, siendo los departamentos con mayor pobreza los que reciben la menor asignación presupuestaria por habitante.

En 2010, mediante el Acuerdo Ministerial 1632-2009 se crea la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala, dando respuesta a la agenda para el desarrollo de los pueblos indígenas establecida en los Acuerdos de Paz. Es una unidad asesora del Despacho Ministerial, que debe formular y promover programas, políticas, normativas y líneas de acción destinadas al reconocimiento y respeto de los conocimientos, prácticas y elementos terapéuticos de los sistemas de salud de los pueblos indígenas en Guatemala. Debe contribuir a evaluar y modificar los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los pueblos, sin agredir sus formas de vida y cosmovisión. Otra función es la de sensibilizar la red del sistema nacional de salud sobre la lógica de los sistemas de salud indígenas. Hasta la fecha, de las Pastorales de Salud únicamente la de Las Verapaces ha establecido una relación de cooperación interinstitucional con esta unidad, desarrollando conjuntamente un diplomado.

Desde 2005 se ha tratado de proponer una Ley Nacional de Salud para el país, puesto que se cuenta únicamente con un Código de Salud. Actualmente se encuentra en segunda lectura en el Congreso la Iniciativa de Ley 4216 "Cobertura universal y financiamiento para la atención integral en salud para las guatemaltecas y los guatemaltecos de todo el país", la cual es cuestionada porque surge del Plan Visión de País promovido por instituciones de la iniciativa privada y partidos políticos, y no fue ampliamente consultada con la sociedad civil. El Gobierno de Álvaro Colom presentó en 2011 un nuevo modelo de atención en salud basado en el modelo del Instituto de Salud Incluyente (ISIS), que tiene su raíz en un trabajo colectivo de la Instancia Nacional de Salud.²⁰ Este modelo pretende cubrir el primer nivel de atención a través de personal profesional (enfermera/os auxiliares) e incluir la medicina natural en el paquete de servicios. Como el modelo cuenta con el apoyo de la OMS/OPS, es probable que sobreviva las próximas elecciones y poco a poco se esté poniendo en práctica, lo que significa un reto para las ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] que trabajan con promotoras y promotores de salud, ya que esta figura no está contemplada en el modelo.

4. Caracterización de los proyectos evaluados

De los proyectos evaluados en el marco de esta evaluación transversal,

- cinco son proyectos de salud comunitaria en el norte, noroccidente y suroccidente del país; tres de ellos son implementados por estructuras eclesiales ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.], uno por una asociación de promotores que tiene su origen en un trabajo de pastoral de salud y uno por una ONG guatemalteca.
- uno es un proyecto de VIH/sida en el suroccidente del país, implementado por una organización basada en la fe.

²⁰ Fue un espacio que llegó a conjuntar a 26 organizaciones que decidieron unir esfuerzos para influir en las políticas que impulsaba el Estado a través del Sistema Público de Salud a finales de los años 90. ISIS reúne a profesionales y académicos de salud que han desarrollado y puesto en práctica en dos lugares piloto el Modelo Incluyente en Salud como una propuesta de atención al primer y segundo nivel. Además, existen otros modelos que están en discusión.

- uno es un proyecto de salud, nutrición y agroecología en el suroccidente, implementado por una ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]
- uno es un proyecto de agua potable y letrización en el noroccidente, implementado por una ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]
- uno es un proyecto de incidencia política por el derecho a la salud, que opera a nivel nacional y es implementado por estructuras de la Iglesia Católica.

La mayoría de los proyectos tiene una larga duración y ha recibido apoyo de MISEREOR durante muchos años, siendo el apoyo más largo 32 años y el apoyo más corto 15 meses (proyecto de incidencia política) al iniciar la evaluación transversal. A pesar del largo tiempo de apoyo, para ocho de los proyectos ésta fue la primera evaluación externa encargada por parte de MISEREOR. Los proyectos evaluados operan con equipos técnicos que varían entre dos y seis personas, contando dos de ellos con religiosas extranjeras que los encabezan.²¹

Como se puede ver en la matriz de servicios (anexo 13), entre los cinco proyectos de salud comunitaria existen diferencias en sus enfoques de trabajo, ya que dos de los equipos de proyecto no intervienen directamente a nivel comunitario, sino que trabajan más a través de intermediarios. Todos estos proyectos forman promotores (algunos utilizan otro término), mientras que la supervisión de los promotores formados no en todos los casos está bien establecida. Solamente dos proyectos están buscando activamente el reconocimiento de los promotores formados por parte del MSPAS. En dos casos hay médicos que coordinan el equipo del proyecto y dan directamente consultas médicas a la población, uno más a nivel comunitario, otro más a nivel municipal.²² Otros dos proyectos de salud comunitaria ofrecen consultas, uno en medicina alternativa y otro en medicina dental. Los cinco proyectos trabajan (uno de ellos pretende trabajar) con botiquines comunitarios manejados por las y los promotores formados. Dos proyectos manejan bodegas de medicamentos y cuatro manejan y/o apoyan farmacias. Con diferente intensidad, cuatro proyectos de salud comunitaria elaboran y/o venden medicina natural.

De los otros proyectos, dos más están trabajando el tema “medicina natural”, aunque sin contar con personal especializado en el equipo del proyecto. Todos los proyectos están realizando actividades y procesos de formación, la mayoría con un énfasis bastante fuerte. Aparte de promotoras y promotores de salud, se está formando a muchos otros actores más:

- agentes de salud de clínicas parroquiales (tres proyectos)
- técnicos de farmacia (tres proyectos)
- jóvenes (tres proyectos en el tema VIH)
- comadronas (dos proyectos)
- integrantes de COCODEs (dos proyectos)
- grupos de mujeres (dos proyectos)
- comités de agua, fontaneros, promotores de letrinas y familias beneficiarias (proyecto de agua)
- personas que trabajan en salud en las diócesis (proyecto de incidencia política).

²¹ Es interesante saber que cinco de los nueve proyectos tienen su origen en un trabajo de religiosas de la Congregación Maryknoll

²² En uno de estos casos las consultas médicas en las comunidades realizadas conjuntamente con los promotores formados son un elemento clave de toda la estrategia.

Cinco proyectos trabajan la información y sensibilización de la población a través de medios de comunicación, cinco realizan charlas en escuelas (más que todo puntualmente) y todos realizan campañas y eventos en días específicos. Con excepción de dos proyectos, todos los demás realizan actividades de prevención del VIH/sida, aunque con diferente intensidad. Siete proyectos tienen alguna línea de trabajo en incidencia política variando entre el fomento de la participación ciudadana a nivel local, la participación en la elaboración de planes y políticas públicas, el monitoreo de servicios de salud, así como el fomento de espacios de coordinación y organización.

5. Efectos directos e impactos logrados

La evaluación transversal mostró que a través de los proyectos apoyados por MISEREOR se han logrado diversos efectos que se evidencian tanto en cambios y mejoras concretas de las condiciones de vida de la población beneficiaria en las comunidades²³, como en promotores y/o agentes pastorales fortalecidos brindando servicios de salud a la población. Con relación a los efectos directos e impactos logrados durante los últimos cinco años de implementación, cuatro de los nueve proyectos evaluados fueron muy exitosos, tres lograron algunos efectos interesantes, pero aún no suficientes, y dos no mostraron mayores efectos²⁴ (ver detalles en el anexo 16).

Las cadenas de efectos (ver anexo 14) describen los efectos intencionados en diferentes niveles²⁵: uso de los servicios ofrecidos por el proyecto, efectos directos, impactos. Los proyectos más exitosos lograron llegar hasta el nivel de **impactos**, demostrando mejoras significativas en²⁶:

- la disminución de la desnutrición materna e infantil (cuatro proyectos)
- la disponibilidad de medicamentos químicos y naturales de buena calidad y bajo costo en la comunidad (cuatro proyectos)
- el ahorro de gastos en salud (cuatro proyectos) y en abonos o fungicidas (proyecto de agua)
- la disminución de enfermedades y muertes a nivel comunitario (tres proyectos)
- mejores condiciones de vida de PVV (dos proyectos)
- el ahorro de tiempo por tener acceso a un servicio domiciliario de agua (un proyecto)
- el aumento de ingresos propios por la producción y venta de alimentos saludables (un proyecto puntualmente)

²³ El equipo evaluador aplica el término “población beneficiaria” para población pobre y/o en situación de desventaja que se beneficia de los proyectos. Los efectos mencionados aquí se refieren a esta población.

²⁴ Uno por ser todavía bastante nuevo y aún no contar con una estrategia clara, y otro por serias dificultades internas en el equipo del proyecto y cambios de personal.

²⁵ La elaboración de las cadenas de efectos fue iniciada conjuntamente con las instituciones contrapartes en el taller inicial, partiendo de lo que los proyectos pretenden lograr con su trabajo. Durante el proceso de evaluación el equipo evaluador las ajustó periódicamente con base en la información recogida y los efectos encontrados. En el taller final con las contrapartes se presentó una última versión bastante genérica de las cadenas (ver anexo 14), que da un panorama de lo que los proyectos están ofreciendo típicamente en los diferentes campos de trabajo y lo que pretenden lograr o podrían estar logrando. Incluyen además algunos efectos negativos identificados durante la fase de campo.

²⁶ Debido a las debilidades de los sistemas de monitoreo de los proyectos (ver capítulo 6.3) hacer una cuantificación de los efectos e impactos logrados fue sumamente difícil para el equipo evaluador. Los efectos e impactos más detallados de cada uno de los proyectos se encuentran en los informes específicos por proyecto.

Los impactos dependen en gran parte de que los servicios ofrecidos por el proyecto sean usados y generen cambios inmediatos en los usuarios y actores cercanos a ellos. Estos **efectos directos** son varios y diversos, dependiendo del enfoque específico de cada uno de los proyectos. Entre los efectos directos más interesantes se pueden mencionar:

- beneficiarios en las comunidades cambian actitudes y hábitos no saludables por actitudes y hábitos más saludables (siete proyectos)
- beneficiarios de comunidades cuentan con servicios de salud locales de calidad y solo en casos graves tienen que dirigirse a hospitales y/o médicos particulares (cinco proyectos)
- promotores se convierten en líderes reconocidos por la comunidad y permanecen en el lugar (cuatro proyectos)
- mejor calidad y cobertura de servicios brindados por actores públicos de salud (dos proyectos)
- aumenta el consumo de alimentos sanos y nutritivos provenientes de la región (dos proyectos)
- PVV aumentan su autoestima y adquieren una mayor estabilidad emocional (dos proyectos)
- promotores generan fondos mínimos con la venta de medicamentos en los botiquines, con los que pueden cubrir gastos relacionados con su trabajo de promotor (un proyecto)
- disminuye la contaminación fecal del medio ambiente (un proyecto)
- familias beneficiarias cuentan con servicio domiciliario de agua apta para consumo humano, en calidad y en cantidad, y utilizan las aguas grises (un proyecto)
- PVV mejoran su estado nutricional y disminuyen enfermedades oportunistas (un proyecto)
- visibilización de las condiciones de PVV y mayor sensibilidad frente a ellas dentro y fuera de la Iglesia Católica (un proyecto)

También se evidenciaron algunos **efectos no intencionados** que son:

- por contar con buenos servicios a través de los proyectos, la población no reivindica el derecho a la salud y/o al agua y se elude la responsabilidad del gobierno de ofrecer servicios de salud, agua y saneamiento básico (cuatro proyectos)
- contribución a la pérdida de prácticas tradicionales de salud, a la marginalización de actores tradicionalmente encargados de la salud en las comunidades y a la desvalorización y pérdida de plantas medicinales tradicionales, por introducir nuevas prácticas, apoyar a otros actores comunitarios e introducir medicamentos químicos a buen precio, sin reconocer suficientemente y tomar en cuenta las prácticas ancestrales (cuatro proyectos)
- medicamentos disponibles en los botiquines comunitarios y farmacias apoyadas a través del proyecto crean celos con farmacias particulares (farmacias privadas, farmacias parroquiales) (tres proyectos)
- sobrecarga en tareas y responsabilidades al personal voluntario y contratado que brinda servicios de salud en las comunidades (cuatro proyectos)
- líderes comunitarios formados en incidencia política son captados por partidos políticos (tres proyectos)
- grupos de mujeres organizados a través de los programas materno infantiles se benefician de proyectos de otras instituciones (un proyecto)

- alimentos importados (que son repartidos por un proyecto) afectan la soberanía alimentaria, contribuyen a debilitar la economía local y su transporte afecta el medio ambiente (un proyecto).

Un tema de evaluación encargado al equipo evaluador por parte de MISEREOR fue la pregunta sobre si el conjunto de proyectos llevó a **efectos de sinergia** que ninguno de los proyectos por sí mismo hubiera logrado. En general se puede decir que efectos de sinergia existen, pero – con la excepción de un proyecto de VIH que actúa de forma regional en todo el suroccidente y en estrecha cooperación con otros tres proyectos²⁷ – no son muy significativos y tampoco han sido una prioridad y línea estratégica intencionada. Los encuentros periódicos de intercambio entre los proyectos de salud son promovidos por parte de MISEREOR y desde las contrapartes no existe un mayor seguimiento a ellos. Sin embargo, a partir de estas reuniones los proyectos realizaron varias visitas entre ellos para conocer otras experiencias.

Un efecto significativo de sinergia entre los proyectos y otras instituciones es que el modelo de salud planteado por el MSPAS en 2011 se basa en el trabajo colectivo de la Instancia Nacional de Salud, la que en su tiempo fue apoyada fuertemente desde las pastorales de salud que cuentan con proyectos de salud apoyados por MISEREOR. Sin embargo, como los actores vinculados a la Instancia se “divorciaron” hace varios años, los equipos de los proyectos evaluados ya no se identifican con este modelo y hasta la fecha no han estado interesados en discutir su propia postura institucional al respecto.

Actualmente, un trabajo conjunto más sistemático y permanente entre varios proyectos es raro, incluso en los dos departamentos donde existen dos proyectos apoyados por MISEREOR y en el caso de ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] que implementa dos de los proyectos evaluados.²⁸ Aunque se cuente con un proyecto que está reforzando el trabajo en incidencia política, aún no se han logrado mayores efectos de sinergia en este tema (con excepción del proyecto de VIH mencionado arriba), ya que la incidencia a nivel nacional aún no está muy relacionada con los temas y las experiencias concretas de incidencia política de los proyectos de salud comunitaria. Un potencial de sinergia concreto y aún no aprovechado es que dos proyectos con potenciales y posibilidades de ampliar su trabajo en incidencia política pueden aprender de la experiencia en el Petén, sobre cómo realizar el monitoreo de servicios públicos de salud desde una organización de actores locales.

Como casos positivos con potencial de ser ampliados se pueden mencionar dos. Varios proyectos trabajan en medicina natural y las personas formadas por ellos se unen para aspectos profesionales y legales en la Asociación AMENA, formando parte de una red nacional. El tema de la nutrición soya, que es promovido por uno de los proyectos evaluados, fue asumido por dos otros proyectos como una alternativa nutricional para la prevención y el tratamiento de la desnutrición.

Una de las razones por no contar con mayores efectos de sinergia entre los proyectos evaluados es la falta de tiempo y recursos humanos (sobrecarga) para “pensar en grande” y realizar estrategias más sistemáticas que lleven a efectos de sinergias. En general, no existen estrategias institucionales para aprovechar experiencias de otros proyectos en la misma región, abordando el tema salud de forma más integral y con una proyección de cambios más allá de las “propias” poblaciones atendidas. Además, cuando los proyectos no comparten áreas geográficas comunes, en la práctica se dificulta un intercambio y trabajo más cercano.

²⁷ A través de procesos de formación intensiva en VIH realizados con diversas pastorales se logró insertar el tema en varios lugares y se instaló capacidad en equipos de proyecto y/o parroquias y otras instituciones. También se logró una mayor coordinación interinstitucional y un mayor grado de movilización para hacer incidencia a favor de los derechos de las PVV.

²⁸ En una comunidad donde casualmente coinciden los dos proyectos y el promotor está vinculado a ambos proyectos, se dan efectos de sinergia.

6. Fortalezas y debilidades comunes entre los proyectos evaluados

A continuación se describen aspectos identificados como relevantes para todos, muchos o varios de los proyectos evaluados. El énfasis de este capítulo está puesto en un resumen de fortalezas y debilidades comunes encontradas y factores de éxito identificados por el equipo evaluador.

6.1 Procesos de formación como estrategia principal

Como se puede ver en la matriz de servicios (anexo 13), prácticamente todos los proyectos realizan procesos de formación. Estos pueden ser considerados una fortaleza de la mayoría de los proyectos, ya que sus metodologías son comprobadas y sus contenidos son pertinentes y actualizados periódicamente, por lo que cuentan con un alto nivel de satisfacción de las personas participantes. Esta calidad se refleja en la permanencia en los procesos de formación, a pesar de que en varios casos aprender implica para las y los participantes invertir tiempo y recursos financieros propios (por ejemplo, gastos para la movilización, pérdida de días de trabajo).

Los equipos de los proyectos tienen bastante experiencia en esta labor y los procesos y talleres son valorados por las y los participantes por sus contenidos interesantes e innovadores, así como por las metodologías que se aplican, facilitando el entendimiento y la puesta en práctica de los temas. Algunos equipos de proyecto manejan buenos criterios de selección de participantes y dedican tiempo a una selección cuidadosa de promotores, lo que conduce a una baja tasa de deserción en los procesos. En la mayoría de los proyectos se ha visto que talleres de dos a tres o más días continuos permiten una buena identificación con el rol de promotor, una mayor profundidad de aprendizajes y crean lazos entre las personas que fortalecen los procesos. A la vez, esta forma de organizar los cursos contribuye al uso eficiente de recursos, tanto de los proyectos como de las personas participantes en la formación.

También se evidenció en varios proyectos que forman directamente a líderes comunitarios que el pago de los gastos de transporte contribuye a una menor deserción en los procesos. Algunos proyectos manejan bien el principio de la subsidiaridad, lo que significa que la formación se realiza en el nivel más descentralizado, que tenga las capacidades de hacerlo. En la mayoría de los proyectos se forma directamente a las personas que brindan servicios comunitarios, lo que da mayores resultados en términos de aplicación y efectos que la formación “en cascada”, realizada por varios proyectos que forman a intermediarios para que éstos a su vez multipliquen lo aprendido con líderes locales.²⁹

Si bien en general la formación es una fortaleza de los proyectos, también hay diversas debilidades compartidas entre ellos. En varios equipos existe una tendencia hacia la dispersión, tanto en temas de formación como en actores que se están formando; un proyecto forma al estilo de una “universidad popular” seis diferentes tipos de animadores voluntarios. También en la formación de multiplicadores de VIH se nota una tendencia a capacitar animadores de VIH paralelos a los animadores de salud, sin buscar la manera de incluir el tema transversalmente en la formación de promotores. La evaluación mostró que el abordaje integral de la salud a nivel comunitario se garantiza a partir de promotores que recibieron una formación profunda y un seguimiento casi permanente, aprendiendo a manejar poco a poco las diferentes dimensiones de un enfoque integral de salud.

La segmentación de la formación en diferentes temas y perfiles puede ser interesante para la persona particular que quiere aprender algo, pero no tiene mayores efectos en términos

²⁹ En estos casos, los efectos esperados de la formación para la población marginalizada se dan solamente si existe un buen acompañamiento y/o supervisión, lo que no se puede garantizar a través de la estrategia en cascada.

de la aplicación de lo aprendido a nivel comunitario. En varios proyectos pareciera ser más importante la cantidad de personas formadas que la permanencia de ellas en el proceso y la aplicación que dan a sus nuevos conocimientos y habilidades adquiridas. En estos casos, debido al gran número de personas capacitadas y la cantidad de talleres es prácticamente imposible para el equipo del proyecto dar un buen seguimiento, lo que se refleja en mayores porcentajes de deserción y pocos efectos tangibles para la población comunitaria. Muchos proyectos no manejan cifras precisas para controlar y manejar la deserción de los procesos, como por ejemplo el número de personas que inician un proceso de formación, el número de personas que lo terminan y el número de personas que siguen activas después de uno, tres, cinco o diez años.

En varios proyectos hace falta una diferenciación más clara del rol de las personas que se están formando. Mientras que algunas formaciones son orientadas a servicios más permanentes en o para la comunidad (los clásicos “promotores de salud”), otras pretenden que las personas formadas simplemente compartan los temas con personas cercanas (como, por ejemplo, jóvenes capacitados en el tema VIH). Ambos procesos pueden ser válidos en un contexto específico, pero requieren de estrategias diferentes en términos de duración, recursos invertidos y acompañamiento en la práctica. El servicio específico que las personas formadas deben brindar no siempre está claro y no siempre corresponde al interés y las necesidades de la población beneficiaria.³⁰

Otra debilidad compartida entre muchos proyectos es que los promotores formados no conocen y/o no saben aplicar las normas actuales del MSPAS, ya que los mismos equipos del proyecto no se actualizan al respecto o no dan importancia a estas normas. Finalmente, se observa una cierta tendencia a aplicar la formación como estrategia única para resolver cualquier situación o problema, llegando a ser incluso casi un fin en sí mismo. De las diferentes dimensiones del desarrollo de capacidades (persona, organización, red, sistema político) que se están manejando por la cooperación al desarrollo, la intervención a nivel de la persona no siempre es la que más responde a la problemática que se pretende resolver. En la práctica de las comunidades, las situaciones actuales no siempre se dan por la falta de conocimientos de los individuos, sino también por la falta de interés o poder de ciertos actores y/o por condiciones estructurales, las que requieren estrategias más diferenciadas, como por ejemplo el fortalecimiento de organizaciones y redes o un trabajo en incidencia política. Sin embargo, parece que por la larga experiencia de los equipos de proyecto y la Iglesia católica como tal en la formación de recursos humanos, la capacitación es lo que más se sabe y se quiere aplicar. La evaluación confirmó que conocimientos adquiridos no siempre son aplicados y no se convierten automáticamente en mejoras de la situación en la comunidad.

6.2 Fortalezas comunes

En la evaluación transversal de los nueve proyectos de salud, el equipo evaluador identificó las siguientes fortalezas comunes a todos los proyectos:

- Todas las instituciones que implementan los proyectos cuentan con una alta credibilidad en la población beneficiaria y en los actores públicos entrevistados. Esto está relacionado sobre todo con aspectos como la larga duración de los proyectos, la cercanía institucional a las personas más necesitadas y la solidaridad con ellas, así como la imagen positiva que tiene la Iglesia Católica en Guatemala y la ONG a nivel nacional.

³⁰ Por ejemplo, cuando se forma a promotores comunitarios de salud que no manejan la parte curativa, el servicio no es tan atractivo para la población. Es decir que no genera suficiente reconocimiento para los promotores y lleva a un abandono más frecuente de los procesos. En el caso de personal de clínicas parroquiales formado en VIH/sida, es posible que a partir de la formación se instalen servicios más permanentes en estas clínicas.; Sin embargo, este aspecto no es considerado en la formación, o sea que las personas formadas tampoco reciben el acompañamiento que les permite definir mejor este servicio y organizarlo con el equipo de trabajo en la clínica.

- La mayoría de los proyectos se caracteriza por temas y líneas de trabajo pertinentes que responden a las necesidades de la población marginalizada y cubren campos que son descuidados por otras instituciones que trabajan en salud comunitaria. El tema VIH es abordado por la mayoría de los proyectos de salud comunitaria con criterios profesionales, capacitando a personal de la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] y multiplicadores y realizando actividades de prevención y sensibilización a través de medios de comunicación y/o eventos públicos en el Día Mundial de VIH. En la mayoría de los proyectos, estas estrategias se dirigen tanto a actores dentro de la Iglesia Católica como a la población en general.
- A nivel del personal de los proyectos e instituciones se nota un alto compromiso social y una preocupación por superar los problemas de la población en situación de exclusión y pobreza. Este compromiso se refleja, entre otros, en personas motivadas que trabajan fuera de horarios “normales” de oficina y mantienen su entusiasmo, a pesar de que las condiciones de trabajo no siempre sean las más favorables.
- El enfoque de trabajo que manejan los proyectos es muy humano y toma en cuenta a las personas desde una perspectiva holística abordando las dimensiones biológica, psicológica, espiritual, cultural y social. Para muchos actores entrevistados, este abordaje caracteriza la calidad del servicio brindado en comparación con el servicio público de salud.
- En una buena parte de los proyectos de salud comunitaria se aborda el tema de manera integral,³¹ entendida como la combinación efectiva de estrategias de prevención, promoción, curación y rehabilitación. También se está aplicando satisfactoriamente un concepto sistémico de la salud, en el cual entran otros aspectos como nutrición, vivienda, medio ambiente, agua y saneamiento. Para una buena profundidad y efectividad del trabajo, el reto para varios proyectos es lograr un buen balance entre la cantidad de diferentes temas que el proyecto está abordando y las capacidades reales que tienen las personas y las estructuras con las que se está trabajando.
- En general, se puede constatar que los proyectos realizan un uso eficiente de los pocos recursos disponibles, cuidando sus gastos y tratando además de aprovechar todo tipo de colaboraciones para bajar los costos de implementación.
- Algunos proyectos de salud demuestran que se puede lograr un manejo sostenible de bodegas, farmacias y botiquines relacionados con la venta de medicamentos esenciales. Estas ventas generan suficientes ingresos para autofinanciar el salario del personal técnico que atiende y – en el caso de los botiquines – para que los promotores cubran parte de sus gastos relacionados con su labor a favor de la salud comunitaria (movilización para los talleres y/o para recoger los medicamentos, mantenimiento de sus puestos de salud, etc.).
- La larga permanencia de los promotores de salud que se da al menos en tres de los proyectos de salud comunitaria (en el caso de un proyecto incluso sobreviviendo cambios institucionales y fases sin acompañamiento) indica cierta sostenibilidad.³² Aunque esto no es una estrategia ni un efecto deseado, en estos mismos proyectos

³¹ Entre los proyectos y MISEREOR existen diferentes entendimientos de lo que significa un “enfoque integral” para manejar el tema salud: Se confunde el concepto holístico para abordar y/o atender a una persona (biológico, psicológico, espiritual, cultural, social), el abordaje integral de la salud (prevención, promoción, curación, rehabilitación) y el concepto holístico de salud como derecho (entran aspectos como nutrición, vivienda, medio ambiente, agua y saneamiento, etc.)

³² En el marco de un proyecto de desarrollo, la sostenibilidad no se refiere a que el equipo pueda seguir haciendo siempre lo mismo, sino a que los efectos positivos (cambios logrados) se mantengan después de terminar el proyecto.

también existen casos de promotores que pasan a ser contratados por el MSPAS como facilitadores o vigilantes de salud, lo que ayuda a que permanezcan en la comunidad y el sistema de salud. Otro aspecto positivo en términos de sostenibilidad es que algunos hijos u otros familiares de los promotores formados estudian enfermería y regresan a la comunidad para brindar allí un servicio profesional.

- A pesar de que los proyectos no cuenten con estrategias específicas de género, hombres y mujeres tienen las mismas posibilidades de acceso a los servicios y se benefician igual. Posiblemente, esto esté relacionado con que el personal técnico de los proyectos consiste en su mayoría en mujeres, sensibles frente a las necesidades y condiciones específicas del grupo femenino, que en Guatemala aún vive situaciones de discriminación.

6.3 Debilidades comunes

También existen debilidades comunes identificadas en los proyectos evaluados en el marco de la evaluación transversal:

- Con excepción de la ONG y una organización basada en la fe, en general existe una alta dependencia de los recursos financieros de MISEREOR a nivel institucional. En varios casos la institución no cuenta con ningún otro recursos humano permanente, ni con recursos financieros adicionales. De allí se nota una tendencia a aprovechar los pocos recursos del proyecto de desarrollo apoyado por MISEREOR para los objetivos de los ambiciosos planes estratégicos institucionales,³³ lo que lleva a la dispersión y diluye los efectos del proyecto. Esta situación indica que no existe sostenibilidad institucional, lo que pone en riesgo la sostenibilidad de los proyectos.
- Como en la mayoría de los proyectos las estructuras institucionales son rudimentarias, se nota una sobrecarga del personal contratado y voluntario que está involucrado en múltiples líneas de trabajo y cubriendo territorios grandes. El equipo evaluador encontró varios lugares donde esta sobrecarga incluso está afectando psicológicamente a las personas que se confrontan en su labor a favor de la población más excluida con problemáticas muy fuertes, sin que exista un espacio de tiempo y estructuras profesionales para una reflexión periódica de su rol (“ayuda para los que ayudan”).
- A pesar de que los proyectos en general estén abordando temas muy pertinentes, en la implementación de las estrategias se pierde una parte de la pertinencia, descuidando problemáticas y necesidades específicas al momento de seleccionar lugares de intervención (municipios, parroquias, comunidades) y personas para ser formadas. Los proyectos más cercanos a las estructuras eclesiales de la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] trabajan en el territorio amplio de toda la diócesis con convocatorias abiertas y según el criterio de la demanda desde los párrocos. Esto seguramente facilita la implementación de un proceso, pero no siempre coincide con las áreas geográficas más indicadas para intervenir (por ejemplo, comunidades con menos presencia de servicios públicos de salud, municipios con alta prevalencia y/o vulnerabilidad de VIH).
- Otra debilidad encontrada en la mayoría de los proyectos es la invisibilización de los temas población indígena e interculturalidad, apostando a un trabajo igual con todos y para todos. Esto a pesar de que la exclusión y pobreza en Guatemala están claramente relacionadas con la condición de ser o no ser indígena y a pesar de que la población indígena tiene una cosmovisión y un sistema tradicional de salud que

³³ En varios casos existen confusiones entre lo que son roles y funciones institucionales y roles y funciones en el marco de un proyecto de desarrollo.

requieren de formas y estrategias diferenciadas de trabajo. Aquí hay un reto aún poco asumido, especialmente para los proyectos que trabajan en áreas geográficas donde convive población indígena y no indígena (que son la mayoría). Tomando en serio el tema interculturalidad, esto implicaría también una composición mixta del equipo del proyecto, representando a ambos grupos.

- Varios proyectos trabajan la “medicina natural”, lo que puede ser considerado una fortaleza común, ya que es altamente pertinente³⁴ en las regiones pobres y alejadas donde intervienen los proyectos. Sin embargo, no está muy claro qué es lo que se está formando y haciendo bajo el concepto “medicina natural” y qué tanto se toma en cuenta la filosofía, los métodos terapéuticos y los conocimientos aún existentes de la medicina tradicional, así como a los actores tradicionalmente encargados de la salud comunitaria. Especialmente en Guatemala, donde se sigue marginalizando a las y los indígenas, sería importante que instituciones como la Iglesia católica reconozcan públicamente el valor de la medicina tradicional y apliquen con más criterio los diferentes conceptos (un entrevistado expresó que el concepto de medicina natural es cómodo porque “no hace daño”, ya que queda totalmente neutral). Si es que en el marco de los proyectos realmente se quiere tomar en cuenta la medicina ancestral e indígena hay que entender que es más que una alternativa barata a lo químico, ya que se trata de todo un sistema relacionado con la cosmovisión Maya e implica una relación con la Madre Tierra.
- Aparentemente por el énfasis de trabajo a nivel local, los equipos de los proyectos no se toman el tiempo para definir una postura institucional con relación a temas coyunturales importantes de la salud comunitaria en Guatemala, como lo son la salud de los pueblos indígenas y la medicina tradicional, la figura del promotor de salud en el modelo oficial, así como la calidad y disponibilidad de medicamentos en el primer nivel de atención. Aquí la excepción es la ONG que a nivel de país está fuertemente involucrada en las discusiones y cuenta con posturas institucionales claramente definidas en estos temas (ver también capítulo 7.2).
- En la mayoría de los proyectos evaluados aún existe poca apropiación del tema incidencia política, a pesar de haber participado en capacitaciones y contar desde hace varios años con esta línea de trabajo. Aparentemente, la incidencia política por el derecho a la salud no es una prioridad para las autoridades eclesiales. Los obispos entrevistados en su mayoría opinan que incidencia política es una labor de ellos y que la están realizando a través de los comunicados que emite la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]. No consideran un trabajo de incidencia política a nivel descentralizado desde las estructuras eclesiales de salud o con el apoyo de éstas, con excepción de un vicariato visitado. También parece que el término “incidencia política” no ayuda tanto para el trabajo local, ya que “incidencia” es algo bastante abstracto para la población y “política” crea cierto rechazo por ser asociado con lo partidista. El equipo evaluador identificó tres dimensiones importantes de incidencia política para los proyectos de salud: fomentar la participación de representantes comunitarios en los espacios de participación ciudadana definidos por ley, promover el “control social” (monitoreo o vigilancia) de los servicios y recursos públicos en salud a nivel descentralizado, realizar procesos de cabildeo para lograr mejoras en aspectos específicos de salud.

³⁴ Consideramos que la medicina tradicional, natural y alternativa en Guatemala tiene una alta pertinencia cultural (posibilidad de reivindicación de los valores tradicionales de la cosmovisión maya), ecológica (no hace daño en sus procesos de producción, procesamiento y consumo; además, las plantas medicinales son parte de la biodiversidad), económica (contar con plantas medicinales en el lugar es más barato que comprar medicamentos químicos) y política (nueva unidad en el MSPAS). Además, la forma cómo se está dando la atención ofrece mejores respuestas a problemas de salud mental y a los “enfermos del alma” que más que medicamentos necesitan de escucha y atención personalizada. Finalmente, su enfoque es más preventivo que curativo.

- Otra debilidad generalizada es la poca orientación de los proyectos a efectos directos e impactos. Con muy pocas excepciones, la planificación y el monitoreo de los proyectos están centrados en actividades. No existen objetivos claros que describan de manera precisa y medible los cambios a ser logrados y cuenten con indicadores sencillos que permitan medirlos. Esto es aún más sorprendente cuando tanto desde los proyectos como desde MISEREOR se dedica mucho más tiempo a la elaboración y discusión de planes y solicitudes de proyectos que al monitoreo de los avances y la elaboración y revisión de informes. Los planes elaborados con tanto esfuerzo se manejan muchas veces de una manera algo rígida, sin cuestionar las actividades planteadas y ajustarlas. En varios proyectos existen documentos de planificación que no coinciden entre ellos en los objetivos, actividades e indicadores que plantean. Esta manera bastante amplia y vaga de planificar dificulta los pasos que siguen: el monitoreo, la sistematización de la información recogida y los informes de avance. Donde se manejan instrumentos de monitoreo y se levantan datos, éstos muchas veces no tienen una calidad satisfactoria.

6.4 Factores de éxito

Como se evidencia en el cuadro comparativo “Factores de éxito de los proyectos evaluados” (anexo 16), el equipo evaluador encontró algunos factores de éxito cuya presencia en los proyectos coincide con un mayor logro de efectos.

Un factor clave que determina los efectos logrados a nivel de la población marginalizada es la pertinencia de la propuesta. Los proyectos que con sus temas y servicios responden mejor a las necesidades urgentes y básicas de la población pobre en las comunidades son los que mejores resultados han obtenido. Proyectos que trabajan temas importantes e innovadores, pero que por la población son percibidos como “raros” (VIH, nutrición soya, etc.) tienen más dificultades de lograr cambios y mejoras en las comunidades que proyectos que brindan servicios conocidos de salud. Sin embargo, una vez que exista un servicio bien establecido y aceptado por la población - como el de los promotores de salud - es más fácil introducir propuestas distintas a lo conocido, ya que existe una relación de confianza con la comunidad.

Otro factor de éxito es la permanencia. Los logros son mayores cuando el proyecto ha permanecido durante un buen tiempo en las mismas comunidades con la misma población. Proyectos que realizan actividades más puntuales en territorios amplios y con grupos poblacionales diversos logran menos efectos que proyectos que van ampliando poco a poco su territorio, manteniendo un acompañamiento cercano desde el equipo técnico. También la permanencia de los integrantes del equipo del proyecto es un factor que coincide con mayores efectos. Un equipo técnico que trabaja junto durante un tiempo prolongado logra tener estrategias más sólidas y roles mejor definidos y cumplidos que un equipo donde hay cambios frecuentes de personal.

La matriz comparativa evidencia también que proyectos con un enfoque metodológico bien definido y comprobado están en ventaja frente a los proyectos que realizan un conjunto de actividades sin que éstas se complementen bien y creen sinergias entre ellas. Una precondition importante para contar con un enfoque metodológico comprobado es revisar periódicamente las estrategias del proyecto, evaluando los avances y las dificultades no solamente con el equipo técnico y las personas formadas (que siempre estarán agradecidas por la capacitación que recibieron), sino también con la participación de la población de las comunidades. Un equipo que permanece junto durante un buen tiempo y tiene la apertura de cuestionar su propio trabajo cumple una condición importante para que exista un enfoque metodológico pertinente y eficaz.

Otro factor que incide fuertemente en el éxito es el “realismo” de la propuesta. Los proyectos que cuentan con un diseño acorde a las condiciones institucionales y los recursos humanos y financieros disponibles y se concentran en ciertas áreas geográficas, ciertos actores y ciertos temas (sin tratar de abordar con un sólo proyecto todas las problemáticas que viven

las comunidades en situación de pobreza y exclusión), logran mayores efectos que los proyectos que tienden a dispersarse, respondiendo a todo tipo de demandas que surgen desde diferentes actores. Esto es un reto especialmente para las ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] que como institución tienen que cubrir territorios demasiado amplios, sin que cuenten con mayores recursos.

La evaluación transversal muestra que los proyectos que en gran parte trabajan directamente con la población beneficiaria en situación de desventaja lograron mayores efectos que aquellos que trabajan a través de diversos “intermediarios”, sin llegar directamente a las comunidades. Una mayor cercanía a la comunidad posibilita la participación de los beneficiarios en la gestión del proyecto y en la toma de decisiones, lo que influye positivamente sobre los efectos que se están logrando. Esto no significa que todos los proyectos tienen que realizar un trabajo comunitario directo. Pero equipos que realizan su labor a través de intermediarios tienen que dedicar un tiempo y esfuerzo especial para hacer seguimiento a los procesos y asegurar que los beneficios realmente lleguen a la población en desventaja. Para esto tienen que contar con instrumentos de monitoreo que evidencien estos beneficios, aunque el equipo del proyecto no esté presente en las comunidades. Esto significa un reto mayor para un proyecto de desarrollo y requiere de personal profesional con buenas experiencias en temas de gestión.

Finalmente, la evaluación transversal también muestra una relación bastante directa entre la preparación profesional de los integrantes del equipo del proyecto y los efectos que el proyecto está logrando. Esto no implica que un personal con títulos académicos sea mejor que un personal que no los tiene, sino que la experiencia laboral y la especialización temática de las personas contratadas debe estar acorde a los temas que se trabajan y a las poblaciones que se abordan. Un equipo de proyecto que trabaja el tema salud y no cuenta con ninguna persona profesional en salud tiene debilidades, igual que un equipo con una línea de trabajo en incidencia política que cuenta únicamente con médicos sin mayores experiencias en este tema. En tres de los cuatro proyectos más exitosos la preparación profesional del equipo del proyecto es muy buena. Sin embargo, existen dos proyectos menos exitosos que también cuentan con personal profesionalmente muy preparado. Esto indica que este factor de éxito contribuye a mayores efectos, pero requiere de otros factores más para lograrlos.

7. Reflexión de roles

7.1 Rol de las y los promotores de salud

La figura del promotor de salud en Guatemala surge en un contexto político de represión del Estado hacia las comunidades, siendo los promotores una respuesta a un Ministerio de Salud incapaz y sin voluntad de brindar servicios de salud comunitaria. La implementación de programas de salud comunitaria con promotoras y promotores a través de ONGs y ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] se basa en la idea del empoderamiento de las comunidades, ya que el MSPAS considera a la población comunitaria más que todo un grupo de beneficiarios receptores de servicios y/o mano de obra para apoyar acciones preventivas de salud. Los primeros promotores eran miembros de la comunidad (muchas veces nombrados por ella) que se convertían en nuevos líderes comunitarios por su conocimiento especializado en medicina química y por estar los 24 horas del día disponibles para poder atender cualquier caso de emergencia. Por esto, en su mayoría eran hombres los que asumían este rol. A cambio de su trabajo voluntario recibían una buena formación a la que por su nivel educativo no hubieran podido tener acceso de otra manera. Además, con sus nuevos conocimientos ayudaban a sus propias familias y ahorran recursos que anteriormente tenían que invertir en medicamentos y médicos fuera de la comunidad.

Con los promotores de salud también surgieron asociaciones de promotores, sobre todo entre los refugiados en México, que consideraban su organización un paso importante para la incidencia política. Contando como refugiados con tiempo, alimentos y viáticos, tenían buenas condiciones para organizarse y realizar actividades. Además, en esta situación funcionaba muy bien el principio de reciprocidad, ya que todos brindaban algún servicio a la comunidad y había mucho apoyo mutuo - algo que actualmente se puede observar nuevamente en algunas comunidades de desplazados por desastres naturales. Cuando los promotores de las regiones Ixcán e Ixil retornaron al país, una parte de ellos logró graduarse como auxiliares de enfermería, a partir de un acuerdo establecido con la OPS y el MSPAS. Poco a poco, la mayoría de asociaciones de promotores se disolvieron, en parte porque ya no contaban con las buenas condiciones anteriores para realizar incidencia política y en parte porque su organización dependía demasiado de ONGs y/o de la Iglesia Católica.

La identidad de las y los promotores de salud pasa por el trabajo voluntario y gratuito, lo que significa una ventaja en términos de sostenibilidad de los proyectos que cuentan con limitados recursos financieros. Sin embargo, esta identidad puede convertirse en un obstáculo para reivindicar el derecho a un servicio público de salud de calidad en las comunidades pobres y lejanas (más allá de un servicio de promotores de salud que por la condición del voluntariado presenta ciertas limitaciones en términos de tiempo y cobertura). A diferencia de la situación en los años 70, cuando se inicia el trabajo con promotores de salud, hoy en día por las necesidades económicas muchos hombres migran temporalmente para trabajar y generar ingresos fuera de la comunidad y la figura de promotor voluntario de salud es más atractiva para las mujeres, ya que les permite empoderarse y ampliar su rol de cuidar el hogar a un rol de cuidar la comunidad.³⁵ Como en general, el acceso a la educación y a servicios de salud ahora es más fácil para la población joven de las comunidades, ella satisface su “hambre de aprender” en otros lados. Por ya no ser los únicos que brindan servicios de salud en la comunidad,³⁶ el trabajo de promotor voluntario además ya no es tan reconocido por la comunidad como antes y, por consecuencia, para muchas personas se ha vuelto menos atractivo. Todos estos factores son retos para los proyectos que trabajan con promotores de salud y se reflejan en dos aspectos:

- cada vez es más difícil juntar un grupo de personas interesadas para iniciar un nuevo proceso de formación de promotores voluntarios de salud
- durante los últimos años aumentó el porcentaje de personas que abandonan los procesos de formación, y aún más los procesos posteriores de aplicación de los conocimientos en las comunidades.

Finalmente, la figura del promotor de salud actualmente ya no existe en el sistema oficial de salud, así que para ellos es más difícil legitimar su trabajo frente a los “nuevos actores” introducidos por el MSPAS con el PEC, los facilitadores y vigilantes de salud.³⁷ Estos actores reciben una compensación por su trabajo comunitario, aunque muchas veces no

³⁵ En los lugares del altiplano donde las familias viven principalmente de sus propias parcelas y los hombres no migran, ellos siguen siendo la mayoría de los promotores.

³⁶ Durante los últimos años aumentó la “competencia” en la venta de medicamentos químicos a bajo precio (incluso hay instituciones que los regalan) y en servicios gratuitos de salud, tanto por parte de programas del Gobierno, como por otras instituciones privadas y otras iglesias que empezaron a llegar más a los municipios y las comunidades, lo que pone en riesgo las estrategias de sostenibilidad de las farmacias y los botiquines de medicamentos manejados por los proyectos evaluados.

³⁷ Incluso en las estructuras de las pastorales de salud el típico promotor de salud corre el riesgo de “extinguirse”, ya que en varias diócesis las personas que se están formando como voluntarios son llamados “animadores de salud” y existen voces en la Comisión Nacional de Pastoral de Salud que quieren limitar el trabajo de estos actores a un trabajo puramente preventivo dando charlas sobre temas de salud y apoyando campañas. Sin embargo, los promotores mismos tienen más motivación e interés en realizar “cosas prácticas” que en dar charlas y ser “únicamente” multiplicadores. Para la población en las comunidades el promotor que no cura no sirve tanto, ya que lo que más necesitan son personas conocedoras en el tema salud que tengan buenas capacidades de diagnóstico, puedan atender profesionalmente casos de emergencia y sepan referirlos a médicos y/o hospitales.

manejan los mismos conocimientos y no tienen tanta experiencia como las y los promotores de salud. Por el principio de trabajo voluntario y gratuito, por la consciencia de estar mejor formados que los “actores públicos” (incluso que enfermeros auxiliares contratados por el MSPAS) y por el temor a encontrar condiciones de trabajo más difíciles en las estructuras oficiales (donde muchas veces faltan insumos y medicamentos), muchos promotores no están interesados en trabajar en las estructuras del MSPAS. Además, la mayoría de los equipos no está promoviendo esta vinculación y para algunos la contratación de un promotor por parte del MSPAS significa una “pérdida”.

La evaluación mostró que el trabajo con promotores de salud voluntarios funciona mejor cuando:

- la oferta de formación es buena y ofrece a las personas una posibilidad de aprendizaje y educación que en su comunidad no fácilmente pueden tener
- los aprendizajes adquiridos están cercanos a las necesidades básicas descubiertas en las comunidades de donde provienen los promotores (lugares desatendidos por otras instituciones)
- los promotores se sienten reconocidos por su trabajo voluntario, tanto por parte de la comunidad, como por parte del MSPAS y/o el gobierno local
- existe un acompañamiento cercano, un apoyo moral y un refuerzo ante la comunidad por parte del equipo técnico del proyecto
- el sistema de botiquines de medicamentos esenciales funciona e incluso genera pequeños fondos para que los promotores puedan cubrir gastos relacionados con su servicio.

Aunque según estos criterios existen mejores condiciones para el trabajo en los lugares más lejanos y desatendidos por otras instituciones (o sea, las comunidades más pobres), las personas que provienen de allí para formarse como promotores muchas veces no tienen cubiertas sus propias necesidades básicas, lo que implica que no pueden dedicar ni mucho tiempo al servicio de salud en la comunidad, ni a su propio proceso de formación continua. Bajo estas condiciones existe un cierto riesgo que el modelo exitoso de los promotores comunitarios de salud se convierta en un modelo que funciona bajo condiciones precarias que a la larga pueden afectar tanto la calidad como el reconocimiento de este trabajo.

Según el nuevo modelo de salud presentado por el MSPAS, los servicios públicos de salud en el primer nivel de atención se van a brindar a través de auxiliares de enfermería, sin considerar más la figura de promotores, facilitadores y/o vigilantes. Esto significa una amenaza para los promotores, ya que donde se implemente el modelo a futuro formalmente no habrá otros actores que los profesionales con título, y a la vez significa una oportunidad, ya que para implementar el modelo, el MSPAS requerirá de mucho más personal profesional del que actualmente cuenta. Promotoras y promotores voluntarios interesados podrían profesionalizarse para ser contratados por el MSPAS y así poder dar una atención más permanente en la comunidad, desde una figura formalmente reconocida. Sería además justo que los buenos promotores que han dedicado mucho tiempo voluntario a la salud de su comunidad tengan una oportunidad de generar ingresos a través de su trabajo, así como ya lo están haciendo algunos de ellos que fueron contratados por clínicas parroquiales o en las bodegas y farmacias manejadas por los proyectos.

Sin embargo, este proceso de profesionalización requeriría un esfuerzo parecido al proceso realizado con los promotores retornados de México, ya que muchos de los promotores activos aún no cumplen con el nivel educativo necesario y no poseen recursos financieros para formarse como auxiliares de enfermería. Para vincular a los promotores interesados al sistema público de salud, sería importante que la Iglesia católica y las ONGs que forman promotores de salud negocien con el MSPAS la forma de profesionalizarlos y apoyarles. Sin embargo, aún falta un mayor análisis y un posicionamiento de las ... [los datos fueron

eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] con respecto al futuro rol de las y los promotores en un nuevo modelo de salud.

El equipo evaluador no tiene una respuesta clara a la pregunta de si a mediano plazo sigue siendo pertinente que los proyectos realicen un trabajo con promotores voluntarios de salud comunitaria. Lo que sí es evidente es que las condiciones son cada vez más difíciles para que este trabajo sea efectivo, eficiente y sostenible. El trabajo con promotores voluntarios de salud difícilmente será totalmente sostenible sin el apoyo de un proyecto, ya que por estarse perdiendo el principio de la reciprocidad y la condición de “servicio único” en muchas comunidades, el acompañamiento, la actualización permanente y el intercambio de experiencias facilitados por un proyecto se cuentan entre las motivaciones más importantes para las y los promotores voluntarios. Al terminar un proyecto que está brindando este tipo de apoyo probablemente un número significativo de promotores no continuaría. Donde no se puede lograr sostenibilidad tampoco tiene sentido exigir estrategias de salida por parte de las agencias financieras. La única estrategia realista para que puedan salir los proyectos de las comunidades que actualmente atienden con promotores voluntarios sería a cambio de una “entrada” del MSPAS y/o de otra institución con buenos servicios de salud en calidad y cobertura, lo que subraya la importancia de fortalecer el trabajo de incidencia política hacia el MSPAS. También está claro que las y los promotores solos no van a realizar esta incidencia política, ya que tendrían que invertir tiempo y recursos en actividades que dan poco reconocimiento (ya que no se ven logros rápidos) y aportar a su propia “desaparición”.

7.2 Rol de la Iglesia católica en el sector salud

El capítulo 5 sobre los efectos e impactos logrados muestra que los proyectos evaluados en general han alcanzado pocos cambios con relación a mejoras de los servicios públicos de salud. Solamente dos proyectos, a partir de su cooperación y relación bastante cercana con el MSPAS, están contribuyendo a una mejor calidad y cobertura de estos servicios. En la mayoría de los proyectos tampoco se ha logrado (ni intentado) que el trabajo de salud realizado por el personal voluntario y contratado de los proyectos apoyados sea reconocido formalmente por el MSPAS. Muchos proyectos realizan prácticamente un trabajo paralelo al Ministerio, sin una mayor interrelación institucional.

Sin duda, en su momento fue decisivo y actualmente sigue siendo importante en muchos lugares que la Iglesia católica y algunas ONGs estén ofreciendo servicios de salud comunitaria y respondan a las necesidades básicas de la población (entre otras, a través de una “atención de las 24 horas” garantizada por las y los promotores que viven en las comunidades). Sin embargo, con un Gobierno que promueve un servicio gratuito de salud y con una mayor oferta de medicamentos gratuitos y/o a buen precio, ya no parece ser tan pertinente que la Iglesia católica a través de los proyectos de la cooperación internacional siga “regalando” servicios de salud que no están ni formalmente reconocidos por el MSPAS y/o los gobiernos municipales, ni están armonizados con las normas y los servicios públicos. Si es que las instancias públicas consideran que la labor de las y los promotores en las comunidades es un aporte importante al sistema de salud sería justo que la reconozcan públicamente y, en el mejor de los casos, aporten recursos mínimos para facilitarla y/o recompensarla. Igualmente, si la Iglesia católica y las ONGs consideran que el trabajo de las y los promotores de salud es significativo para las comunidades, sería justo que luchen por el reconocimiento formal de este trabajo y – sobre todo – de las personas que lo están realizando.

Aunque es función del ente rector (MSPAS) coordinar a todos los actores que trabajan en el sector de salud e incluso regular su trabajo, en la coyuntura actual y considerando la debilidad del MSPAS sería importante que la Iglesia católica a través de sus pastorales de salud diera un paso hacia la cooperación interinstitucional y asumiera un rol de “aliado crítico” del MSPAS, el que implicaría lo siguiente:

- relacionarse como ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] en cada nivel de intervención con el nivel correspondiente del MSPAS
- dar a conocer de forma sistemática información sobre el proceso de formación de las y los promotores (duración, temas, etc.), sobre las comunidades donde están trabajando, así como sobre los logros y los problemas con los que se están enfrentando en su trabajo comunitario³⁸
- entregar la información de notificación obligatoria al centro de salud correspondiente y aprovechar esta información para compararla con la sala situacional del centro y/o área de salud
- manejar la información del MSPAS, analizarla en espacios colectivos de la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] y contrastarla con “la realidad”; retroalimentar las conclusiones de este análisis al MSPAS en los espacios de participación ciudadana
- realizar esfuerzos para que el MSPAS reconozca la labor de las y los promotores de salud, por ejemplo, a través de diplomas y/o carnets
- procurar de no ofrecer servicios paralelos al MSPAS ni establecer como Iglesia católica un sistema propio de información epidemiológica (lo que actualmente está intentando la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]), sino buscar la complementariedad de los servicios que se están brindando en el primer nivel de atención
- apoyar a los centros y/o áreas de salud donde haya posibilidades de hacerlo
- luchar para que el Estado cumpla con su función y el Gobierno se comprometa con los objetivos planteados para el sector de salud, realizando un monitoreo (vigilancia ciudadana) de la calidad y cobertura de los servicios públicos de salud.

Actualmente, existen diversos temas relacionados con el primer nivel de atención en salud para posicionarse como Iglesia católica y fortalecer el trabajo en incidencia política:

- el nuevo modelo de salud y el futuro rol de las y los promotores de salud en el primer nivel de atención; esto implicaría un posicionamiento de la Iglesia Católica con respecto a los diversos modelos en discusión
- la calidad de los servicios públicos de salud en el primer nivel de atención y la permanencia del personal del MSPAS (el hecho de contar cada vez con menos personal presupuestado lleva a una alta rotación de personal y dificulta que se institucionalicen procesos y criterios de calidad)
- el acceso de la población marginalizada a medicamentos químicos y naturales de calidad; esto requiere de acuerdos internos de las estructuras eclesiales de salud con respecto a los medicamentos que deben ser usados en el primer nivel de atención. Además sería importante un posicionamiento con respecto a la iniciativa de regulación industrial de la medicina natural que actualmente está en discusión y que en el futuro podría afectar el trabajo en medicina natural que están realizando las ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] a nivel local
- la salud de los pueblos indígenas; este tema requiere de un posicionamiento de la Iglesia católica con respecto al rol que el MSPAS debe cumplir, así como en relación

³⁸ Lo está poniendo en práctica un solo proyecto; el Área de Salud del MSPAS describe su relación con el proyecto expresando “aquí estamos como en familia”. A la vez este proyecto ha logrado mejoras importantes en la calidad de los servicios públicos a partir de la incidencia política.

a la importancia de la medicina ancestral para las comunidades... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes].

Sin embargo, viendo el interés limitado de los obispos entrevistados en una labor de incidencia política realizada desde los niveles descentralizados de la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.], el equipo evaluador considera que la sociedad civil organizada sería el actor idóneo para luchar por el derecho a la salud de la población marginalizada. Las estructuras eclesiales de salud que trabajan en incidencia política (como los proyectos que reciben apoyo de MISEREOR) deberían facilitar, acompañar y apoyar con recursos a estos actores, así como fomentar alianzas entre ellos para que puedan actuar de manera más eficaz.

8. Cooperación entre equipos de proyectos y MISEREOR

Con respecto a la relación de cooperación entre las instituciones implementadoras de los proyectos evaluados y MISEREOR, las contrapartes valoraron especialmente:

- el apoyo a largo plazo
- la “seguridad” en la cooperación con MISEREOR
- la confianza y flexibilidad para apoyar lo que se necesite en los proyectos y las instituciones
- el apoyo al fortalecimiento institucional a través de los proyectos
- el apoyo puntual con profesionales para ciertos temas específicos (médicos alemanes especializados, talleres con especialistas para fortalecer el PME, etc.)
- las visitas de la persona encargada de MISEREOR, Alemania, a los proyectos apoyados, incluyendo también visitas a las mismas comunidades
- los talleres de intercambio que MISEREOR está promoviendo entre los proyectos de salud en Guatemala.

A la vez, identificaron algunas dificultades o debilidades en la cooperación con MISEREOR que proponen revisar conjuntamente:

- la poca retroalimentación a los informes que se envían
- algunas dificultades de comunicación, por ejemplo, respuestas a correos electrónicos
- altas expectativas de MISEREOR en términos de logros y efectos, sin aportar un presupuesto que permita alcanzarlas
- criterios no suficientemente concertados entre lo que recomienda el asesor para PME y lo que opina la persona encargada de los proyectos en MISEREOR
- falta de claridad y dificultades en el manejo del aporte propio del proyecto.

9. Conclusiones

La evaluación transversal de los nueve proyectos de salud se realiza en una situación de cambios en el contexto político de Guatemala que es bastante complejo. Por un lado, se está cuestionando fuertemente el modelo de salud instalado en los años 90, que opera a través de organizaciones prestadoras de servicio. Por el otro lado, el actual Gobierno de Álvaro Colom retoma demandas de la sociedad civil y realiza amplios programas de ayuda social. Ambos factores influyen sobre el éxito de los proyectos de salud comunitaria y presentan nuevos retos. Además, para analizar el rol actual de las y los promotores de salud en Guatemala es importante entenderlo en el marco de la historia guatemalteca, durante la cual los programas de promotores de salud también eran una respuesta a la represión del Estado y a la discriminación de las comunidades del área rural.

A pesar de que todos los proyectos están relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud en las comunidades marginalizadas de Guatemala, se diferencian bastante en su forma de implementación y presentan una amplia gama de servicios. También los efectos directos e impactos logrados por los proyectos son diversos. Prácticamente todos los proyectos (con excepción de un proyecto muy nuevo) lograron efectos positivos para la población beneficiaria, aunque unos más que otros. Con respecto a las fortalezas y debilidades encontradas se puede concluir que varias de ellas son bastante comunes entre todos los proyectos evaluados y en gran parte corresponden a las características típicas de un trabajo realizado en el marco de estructuras eclesiales.³⁹ Por un lado, se percibe un fuerte compromiso social con la población empobrecida, un enfoque humano e integral de trabajo, procesos de formación buenos y poco costosos, así como una permanencia bastante larga en las regiones de trabajo. Por el otro lado, se evidencia una tendencia a la sobrecarga de las personas y las estructuras rudimentarias de trabajo, así como debilidades en la gestión de los proyectos, especialmente la falta de una planificación más precisa y realista. Lo último es preocupante, ya que desde hace unos años ha habido insumos directos y ofertas de apoyo desde MISEREOR para mejorar la gestión de los proyectos y la orientación hacia efectos e impactos, cuya implementación en un mediano plazo puede volverse determinante para la continuación del financiamiento con recursos que provienen del Gobierno alemán.

Mientras que en términos generales la pertinencia, eficacia y eficiencia de los proyectos evaluados son bastante satisfactorias, la sostenibilidad es afectada por dos niveles de dependencia. La mayoría de las instituciones ejecutoras de los proyectos no cuenta con más recursos financieros que aquellos que aporta MISEREOR. Además, el personal voluntario en el campo de la salud comunitaria depende en gran parte de procesos permanentes de formación y acompañamiento, que son financiados a través de los proyectos. Esto dificulta cualquier estrategia de salida y significa un reto especial con respecto a los principios de desarrollo que maneja MISEREOR.

Aparentemente, muchos de los equipos de trabajo están “cautivos” en una dinámica absorbente de implementar un sinnúmero de actividades atendiendo todo tipo de necesidades y demandas de la población, lo que no les deja tiempo para reflexionar y posicionarse frente a temas más estratégicos relacionados con la salud comunitaria. En el marco de la evaluación transversal se identificaron varios temas algo desatendidos: la medicina tradicional o ancestral (relacionada con la salud indígena), los roles de los promotores y de las estructuras eclesiales de salud en el sistema de salud guatemalteco, así como la incidencia política por el derecho a la salud. El último tema ha sido trabajado por varios proyectos, pero en la mayoría de los casos más como un tema de formación y sin estrategias sólidas de implementación, por lo que aún no se han logrado mayores efectos (con la excepción de dos proyectos). Para las instituciones implementadoras de los proyectos hubiera sido de ayuda contar con un acompañamiento más cercano desde MISEREOR para manejar el tema de incidencia política más profesionalmente y lograr arraigarlo en la práctica de sus proyectos.

Aunque siguen existiendo muchas necesidades de la población comunitaria en Guatemala, los proyectos no se pueden convertir en una “respuesta permanente” a las dificultades en el sector de salud reemplazando al Estado. Más bien, deberían considerar su trabajo como una “etapa transitoria” hacia una situación en la cual el derecho de las comunidades a la salud es cumplido por parte del Ministerio de Salud. Entonces, para no seguir diez o veinte años más con las mismas actividades ofreciendo servicios algo paralelos al sistema público de salud, el reto actual para varios proyectos es asumir un nuevo rol frente al MSPAS como ente rector de las políticas públicas de salud, el que se puede resumir bajo el término “aliado crítico”. Por la credibilidad y las estructuras locales de la Iglesia católica que están cercanas

³⁹ También la ONG que implementa uno de los proyectos tiene su origen en la Iglesia Católica en Guatemala y está trabajando con programas relacionados a parroquias.

a las realidades comunitarias, las instituciones que implementan los proyectos deberían comprometerse a participar más activamente en la construcción del nuevo modelo de salud comunitaria, tanto desde el nivel nacional como desde el nivel local, a través de estrategias muy concretas de cooperación e incidencia política. Esto no solamente significa cambios de actitud sino que también requiere de capacidades, tiempo y recursos adicionales que deberían ser considerados en futuros proyectos. La visión para el futuro sería que los proyectos disminuyan sus servicios de atención directa y fortalezcan cada vez más a la sociedad civil organizada para que asuma una vigilancia ciudadana de los servicios públicos de salud.

10. Recomendaciones

A continuación se presentan las principales recomendaciones, que resumen lo que el equipo evaluador propuso a cada uno de los nueve proyectos evaluados.

10.1 Recomendaciones a los equipos de los proyectos

- Basar los proyectos consecuentemente en las realidades y necesidades de la población más empobrecida y vulnerable (pertinencia). Se recomienda a los equipos de los proyectos manejar suficiente información de contexto para definir bien sus aportes y priorizar – de acuerdo a los recursos disponibles y según criterios transparentes de selección – lugares de intervención, temas de trabajo y poblaciones específicas.
- Diferenciar mejor entre procesos de formación orientados a que las comunidades cuenten con servicios permanentes (promotores de salud, comadronas, fontaneros) y otros procesos de formación orientados a difundir conocimientos y multiplicar temas específicos (animadores diversos, líderes juveniles formados en VIH, etc.). Ambas modalidades pueden ser válidas, aunque los servicios más permanentes llevan a efectos e impactos más profundos y sostenibles. En todo caso, son dos enfoques distintos, que requieren de diferentes estrategias de formación y acompañamiento.
- Cuidar en cualquier proceso de formación de promotores de salud y comadronas que las personas formadas conozcan y sepan aplicar las normas públicas vigentes. Incluir también módulos de VIH en el currículum de estos procesos (ya existe un caso exitoso que puede servir de ejemplo).
- Como la salud comunitaria requiere de un abordaje integral, la medicina tradicional y/o natural y la medicina química deberían ser abordadas por los proyectos de forma complementaria. En un país intercultural como Guatemala un conocimiento básico de la medicina tradicional tendría que ser parte integral de la formación de promotores de salud. El abordaje de la medicina tradicional y/o natural debe ser igual de profesional que el de la medicina química.⁴⁰ Además, se recomienda a los proyectos generar más experiencias de trabajo con “medicina natural” a nivel comunitario, intercambiarlas y aprender de ellas.
- Mejorar los registros de las personas formadas para monitorear la deserción. Se requieren datos sobre el número de personas que inician un proceso de formación, el número de personas que lo terminan y el número de personas que después de varios años siguen activamente trabajando en salud comunitaria.
- Buscar oportunidades para que las y los promotores de salud a mediano plazo puedan profesionalizarse más y salir de su rol de personal voluntario formalmente no reconocido. En términos de un sistema funcional y sostenible de salud comunitaria, el rol actual de los promotores debería considerarse como una condición transitoria

⁴⁰ Esto implica personal especializado, estrategias a mediano o largo plazo, una formación de calidad, un acompañamiento profesional a las personas formadas, así como cursos de actualización e intercambio.

hacia un trabajo remunerado que les ayude a cubrir sus propias necesidades básicas y garantice un servicio más permanente a la población marginalizada de las comunidades. En este sentido, el trabajo de promotores dentro de las estructuras del MSPAS (por ejemplo, como auxiliar de enfermería o como facilitador de salud) no debe ser considerado como una “pérdida”, sino como un aporte importante de los proyectos de desarrollo a servicios públicos de salud de mayor calidad.

- Donde sea posible y pertinente, apoyar en el marco de los proyectos que las comadronas (como actores tradicionales de salud) se articulen con el sistema público de salud, sean formalmente reconocidas y puedan fortalecer sus propias organizaciones.
- A nivel descentralizado, enfocar la incidencia política por el derecho a la salud sobre todo en el monitoreo y la vigilancia ciudadana de los servicios públicos. Cuando proyectos participen en espacios de participación ciudadana, es importante que no únicamente asistan, sino que asuman un rol activo y crítico que se base en un posicionamiento previamente definido.⁴¹ Si no lo hacen, la presencia de la Iglesia Católica puede legitimar las acciones del Gobierno, lo que no contribuye a mejoras de los servicios.
- Se recomienda que los proyectos donde la evaluación transversal identificó potencialidades para profundizar el trabajo en incidencia política elaboren estrategias más específicas a mediano plazo, contraten personal profesional permanente y dediquen los recursos financieros necesarios a esta línea de trabajo.
- Para que las comunidades mismas se involucren activamente en la defensa del derecho a la salud es importante fortalecer la organización comunitaria en salud y su representación en espacios de incidencia y participación ciudadana.
- Futuros proyectos deben contar con pocos objetivos e indicadores claros y precisos, que puedan ser logrados en el lapso de tiempo previsto y fácilmente monitoreados. Estos objetivos deben ser coherentes con los objetivos institucionales establecidos en el plan estratégico, pero no iguales. Establecer registros sencillos para la recolección y el análisis de la información.
- En el futuro diferenciar mejor entre lo que son proyectos de desarrollo y lo que son instituciones dedicadas a realizar un trabajo social permanente. Las instituciones implementadoras deberían intentar diversificar sus fuentes de financiamiento para disminuir la dependencia de los fondos de MISEREOR.

10.2 Recomendaciones a los Obispos

- Aunque para las ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] la formación permanente sea uno de los enfoques centrales, en el marco de proyectos de desarrollo es igual o incluso más importante que los actores formados apliquen lo aprendido brindando servicios a la población en situación de desventaja. Recomendamos diferenciar mejor entre las funciones institucionales de ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] y las funciones de proyectos específicos de desarrollo.
- Seguir pronunciándose públicamente, tanto a nivel nacional como a nivel de cada diócesis, para respaldar los esfuerzos de incidencia política a favor del derecho a la salud que se están realizando en el marco de los proyectos.

⁴¹ Para esto, hay que fomentar espacios participativos dentro de las estructuras eclesiales de salud, por ejemplo, encuentros diocesanos de salud con todos los agentes de salud interesados en un análisis conjunto de temas coyunturales de salud.

- Motivar a los párrocos a que apoyen el trabajo en salud, tanto con medicina química como con medicina natural, así como la incidencia política por el derecho a la salud a nivel local.

10.3 Recomendaciones a MISEREOR

- Traducir la estrategia de salud de MISEREOR para Latinoamérica al castellano, compartirla y analizarla conjuntamente con las instituciones contrapartes.
- Promover que los proyectos enfoquen su estrategia de trabajo más en la calidad y los efectos que en la cobertura.
- Revisar con las contrapartes que trabajan no tan eficaz y eficientemente a través de varios intermediarios cómo descentralizar una parte de los recursos disponibles hacia parroquias, municipios y/o organizaciones comunitarias.
- Dar seguimiento al rol de “aliado crítico” del MSPAS recomendado por la evaluación y cuidar que con recursos de los proyectos no se establezcan procedimientos, sistemas y/o estructuras paralelas a las del sistema público de salud.
- Apoyar los proyectos que tienen potencialidades e interés en realizar un trabajo más estratégico de incidencia política. Esto, por un lado, requiere de personal especializado y recursos financieros para recompensar gastos de movilización y días de trabajo de promotores, comadronas y líderes comunitarios. Por el otro lado, se necesita un acompañamiento más cercano desde MISEREOR en la definición y revisión de las estrategias.
- Velar por solicitudes de proyecto con objetivos más realistas, precisos y entendibles, que contengan unos pocos indicadores a nivel de efectos. Incluir los principales indicadores en el documento formal con las contrapartes.
- Precisar el concepto muy amplio de “beneficiarios”, ya que muchos proyectos no tienen bien definidos sus actores principales y confunden “intermediarios” con la población pobre y marginalizada. Procurar que las contrapartes precisen el número aproximado de cada grupo de actores que pretenden atender y/o beneficiar con el proyecto.
- Seguir apoyando a las contrapartes para lograr una mayor orientación a efectos en la gestión de los proyectos. Más que talleres se requiere de un acompañamiento en la práctica al momento de elaborar planes e indicadores, monitorearlos, analizar participativamente las estrategias y elaborar informes. En algunos casos, el hecho de no haber logrado mayores efectos no se debe a no conocer el enfoque de orientación a efectos, sino a estrategias débiles que no corresponden a los objetivos planteados. Para superar esta debilidad, las contrapartes necesitan contar con una persona que conozca el sector en Guatemala, así como el contexto de trabajo del proyecto.
- Efectos e impactos se logran a través de estrategias sólidas, así como una reflexión sistemática del trabajo práctico y los avances hacia los objetivos. Esto implica que MISEREOR debería poner un énfasis no solamente en la planificación de los proyectos y la discusión de las solicitudes, sino también en la calidad de los informes y la implementación de las estrategias.
- Aclarar con las contrapartes y el asesor administrativo de MISEREOR para Guatemala que la revisión del grado de ejecución de actividades en comparación al tiempo recorrido es interesante para ver el desempeño del proyecto, pero no está midiendo el logro de los objetivos ni los efectos alcanzados. La implementación rígida de un plan operativo a veces incluso es contra productiva para el logro de efectos e impactos, dado que las condiciones cambiantes requieren de ajustes flexibles de actividades durante la implementación.

- Asegurar que el desarrollo de capacidades en las instituciones contraparte sea eficiente y logre mayores efectos, ya que ha dependido demasiado de “intereses cambiantes” de las contrapartes. Cuando una contraparte decide pedir una asesoría, debería diseñarse conjuntamente un proceso con resultados claros y compromisos mutuos, cuyo cumplimiento sea revisado por la persona encargada por parte de MISEREOR en Alemania. Donde toca reorientar el trabajo y las estrategias de un proyecto con el apoyo de un asesor externo, asegurar desde MISEREOR que este consultor no solamente asesore la elaboración de una buena solicitud que permita un próximo financiamiento, sino que acompañe por lo menos el primer año de implementación, rindiendo informe a MISEREOR sobre los cambios logrados y no solamente sobre las actividades realizadas.
- Cuidar que las contrapartes visibilicen mejor qué parte del proyecto está destinada al fortalecimiento institucional (estructuras institucionales, planes institucionales, sistemas de información, publicaciones, manuales administrativos, etc.) y qué parte a servicios y líneas de trabajo con la población pobre y marginalizada. Aclarar bien bajo qué condiciones y durante cuánto tiempo MISEREOR puede asumir el financiamiento (completo) de estructuras institucionales. También sería de ayuda incluir en la guía para elaborar las solicitudes un párrafo sobre *qué es para MISEREOR un proyecto de desarrollo, a diferencia de una institución.*
- Asegurar que al aprobar un proyecto exista un solo documento conclusivo final que recoja los resultados de la discusión de la solicitud y sea el referente para la implementación y los informes. Procurar no cambiar nombres de proyectos, objetivos e indicadores en los contratos con las instituciones.
- Considerando experiencias, capacidades y recursos disponibles de las contrapartes, recomendamos no solicitar „diagnósticos“ a las contrapartes sino pedirles que analicen documentos y estadísticas existentes para identificar las áreas geográficas de mayor vulnerabilidad. Para definir y revisar las prioridades del proyecto sirven talleres participativos con beneficiarios y/o intermediarios. El levantamiento más sistemático de datos debería centrarse en el monitoreo de los efectos e indicadores.

Anexo 1 - Términos de referencia

Evaluación Transversal de proyectos de salud en Guatemala

1. Introducción

Misereor pone mucho énfasis en el sector de salud de Guatemala. Actualmente apoya a ocho instituciones con nueve proyectos de salud, lo que es importante en relación al conjunto del portafolio para Guatemala y en relación con otros países latinoamericanos:

		Número del proyecto	Duración del proyecto
1.	Los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

El apoyo fuerte por Misereor se explica por la negligencia del Estado en el tema de salud, especialmente en los ámbitos rurales. Ahí se concentra el trabajo de las instituciones arriba mencionadas. Dentro de la temática de salud tienen diferentes focos en su trabajo (atención básica, prevención, fondos para medicamentos y farmacias, formación de promotores de salud y parteras, VIH, seguridad alimentaria, agua potable, cuidado del medio ambiente, acceso a las estructuras estatales de salud, incidencia en las políticas de salud, ...). Excepto la ONG ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes] todas las demás instituciones son estructuras de la Iglesia Católica.

Todos los proyectos (menos aquel de la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes]) ya han obtenido un apoyo de Misereor desde hace más de diez años, algunos ya desde hace veinte años. Según nuestra información únicamente en el caso del ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes] hubo una evaluación (en el año 2007), en todos los demás no hubo un análisis sistemático y externo en los últimos años.

En este contexto se explica la necesidad de analizar con profundidad los proyectos en este sector para beneficio de los proyectos y de Misereor. Se aprovecha la oportunidad de una evaluación de varios proyectos en el sector de salud para analizar en el mismo proceso el conjunto del portafolio.

La evaluación debe cubrir para cada institución el proyecto actualmente en curso y el proyecto anterior (solo en el caso de ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] los dos proyectos anteriores

porque cubren solamente un año y medio cada uno). De esta manera se da un lapso que abarca aproximadamente los últimos cinco años para la evaluación del conjunto del portafolio de proyectos de salud.

2. Objetivos de la evaluación transversal

- Ø Las instituciones contrapartes conocen los efectos de sus proyectos y los factores que los han favorecido u obstaculizado. De esta manera pueden sacar conclusiones para una continuación eficaz de sus trabajos.
- Ø Misereor conoce los alcances y los vacíos del portafolio de proyectos de salud en Guatemala lo que le ayuda a formular estrategias de apoyo de las instituciones contrapartes.
- Ø Misereor tiene un insumo útil (a nivel de los resultados y de la metodología) para una futura evaluación transversal del sector de salud a nivel de los tres continentes África, Asia y América Latina.

3. Temas clave

Temas que se refieren a cada uno de los proyectos participantes en la evaluación:

- (1) Una breve descripción del proyecto: la institución que lo lleva a cabo, la historia del proyecto (incluyendo la secuencia de proyectos con Misereor), el personal y sus características, las actividades desarrolladas, incluyendo la coordinación con otros actores.

Pertinencia:

- (2) ¿Hasta qué punto es importante esta intervención para el grupo destinatario? (Por ejemplo, ¿Se centra en algún problema o “cuello de botella” importante?) La respuesta requiere un breve análisis del contexto en el cual se desarrolla el proyecto, incluyendo también una descripción de estructuras existentes a nivel de la población y de instituciones de promoción.
- (3) ¿Hasta qué punto siguen siendo apropiados los objetivos iniciales de los proyectos considerados en la evaluación?
- (4) ¿Puede decirse que las actividades y los productos del proyecto son consistentes respecto a los objetivos de desarrollo y objetivos específicos del proyecto (coherencia en la cadena de efectos planificada)? ¿Las estrategias (por ejemplo atención en clínicas y dispensarios, botiquines comunitarios, promotores de salud / trabajos con voluntarios, visitas domiciliarias, etc.) y la metodología de la capacitación son las indicadas para lograr los objetivos planteados?

Organización y gestión:

- (5) ¿Se aplicaron sistemas eficaces de gestión y administración y se hizo uso de un sistema adecuado (centrado en los efectos) de Planificación, Monitoreo y Evaluación?

Efectos directos e impactos:

- (6) ¿Cuántas personas / familias / comunidades han sido alcanzadas por el proyecto y han podido sacar provecho de los servicios / productos ofrecidos?
- (7) ¿Cuál es la diferencia real que el proyecto ha aportado a sus beneficiarios en términos de cambios sanitarios, sociales, económicos, políticos, culturales y

ecológicos, tomando en cuenta el aspecto de género y de etnicidad? Hay que resaltar los efectos más sobresalientes. (Por 'efectos directos e impactos' se entiende todos los cambios positivos y negativos, intencionales y no intencionales, previstos e imprevistos producidos por el proyecto.)

- (8) ¿Qué otros factores han contribuido a los cambios generados, y hasta qué punto pueden atribuirse estos cambios a las actividades del proyecto?
- (9) ¿Puede decirse que la cadena de efectos real es consistente con aquella establecida (explícita o implícitamente) durante la etapa de planificación? De no ser así, ¿Qué diferencias se detectan?

Eficacia:

- (10) ¿Hasta qué punto se han logrado los objetivos previstos o se estima probable que hasta el final del proyecto se logren?
- (11) ¿Cuáles fueron los principales factores que influyeron en el logro o no logro de los objetivos? (Para el propósito de aprendizaje de los involucrados en la evaluación este tema es de suma importancia.)
- (12) ¿Puede decirse que los objetivos iniciales eran realistas?
- (13) ¿Cómo maneja la institución las debilidades identificadas?

Eficiencia:

- (14) Puede decirse que los efectos se lograron a un costo razonable?
- (15) ¿Fue implementado el proyecto de una manera económicamente justificable bajo las circunstancias dadas? ¿Existen criterios de referencia (“*benchmarks*”) que puedan respaldar las respuestas?
- (16) ¿Cuál es la relación del número de personal (pagado y voluntario) y el número de personas que se benefician de los proyectos?
- (17) ¿Se lograron los objetivos dentro del tiempo fijado?

Sostenibilidad:

- (18) ¿Hasta qué punto subsisten los beneficios del proyecto después de haber finalizado el apoyo? Para aquellos grupos / comunidades donde sigue la promoción: ¿Hasta qué punto es probable que subsistan los beneficios del proyecto una vez finalizado el apoyo?
- (19) ¿Cuáles fueron los principales factores que influyeron sobre el logro o no logro de la sostenibilidad del (programa o) proyecto?
- (20) ¿Existen estrategias de entrada y salida de grupos beneficiarios por parte de la institución de promoción?

Temas que se refieren a cada uno de los proyectos participantes en la evaluación:

... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes]

.... programa de agua potable y letrización:

- a. ¿Cuál es la calidad técnica de las obras físicas (infraestructura)?
- b. ¿Qué beneficios se ven con la implementación de la Letrina abonera seca familiar en el ambiente, en la agricultura, en lo económico?
- c. ¿En qué se utiliza ahora el tiempo que antes del proyecto se utilizaba para halar el agua de una fuente más lejana?

- d. ¿Cómo funciona el financiamiento de proyectos por el Estado, intencionado por el programa?

... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes]

Temas que se refieren al conjunto de proyectos:

- I. ¿Es pertinente que la Iglesia asuma tareas en el área de salud que (¿eventualmente?) son tareas del Estado, reemplazándolo?
- II. ¿Existen aspectos fuertes y/o débiles comunes entre una gran parte de las instituciones participantes?
- III. ¿Proviene efectos de sinergia del conjunto de los proyectos, efectos que individualmente ninguna de las instituciones ha podido lograr? ¿Cuáles son a nivel micro, meso y macro?
- IV. ¿Existen vacíos en el conjunto de proyectos que impidan más efectos de sinergia? ¿Cuáles son?
- V. ¿Cuál fueron los efectos de la participación de las instituciones en la 'Instancia Nacional de Salud', especialmente con referencia a la influencia política?

Desviaciones de esta lista de preguntas - es decir omitir preguntas o agregar otros temas - es algo que siempre pasa en evaluaciones. Si sucede debe ser sustentado en el informe.

También se debe mencionar en el informe si hay aspectos que no han podido ser suficientemente tratados y merecen atención en el futuro.

4. Metodología

Los aspectos metodológicos todavía están por aclarar. Se definirán en el 'inception report'- informe inicial). Sin embargo son claros los siguientes aspectos:

- En la evaluación transversal hay una evaluación individual de cada proyecto y un análisis 'transversal' es decir del conjunto de proyectos de salud apoyados por Misereor en Guatemala.
- En las evaluaciones individuales y en la evaluación transversal el conjunto de los procedimientos e instrumentos utilizados debe permitir llegar a constataciones claras, plausibles y en la medida de lo posible cuantificadas sobre los efectos generados por los proyectos.
- Habrá un taller inicial, del 18 al 20 de noviembre del 2010. Participan los representantes de las instituciones que participan en la evaluación y el equipo evaluador.
- Habrá un 'informe inicial' (en inglés: 'inception report') después del taller inicial con las instituciones participantes.
- Habrá un taller de presentación de resultados de la evaluación con las instituciones participantes antes de la redacción del informe preliminar (en inglés: 'debriefing').
- La metodología aplicada en la evaluación debe ser transparente para que en el futuro las instituciones participantes puedan más fácil y profundamente analizar ellas mismas los efectos de su trabajo.
- La metodología seleccionada debe ser al mismo tiempo participativa (involucrando a las instituciones participantes y a la población a la cual se dirigen los proyectos) y externa, asegurando por su independencia resultados que no den lugar a duda.

- Cabe mencionar que existe interés de algunas instituciones en aprender de la evaluación de otra institución, acompañando al equipo de evaluación en su visita, y viceversa invitando a otra institución a estar presente en la evaluación de su propio proyecto.

5. Organización de la misión

Los criterios para la constitución del equipo de evaluación fueron:

Debe constar de cuatro especialistas. Los miembros del equipo deben complementarse en sus competencias y capacidades:

- En lo temático: debe contarse con conocimientos en las materias de salud comunitaria, HIV, seguridad alimentaria, participación ciudadana, incidencia pública, y desarrollo rural en general.
- En lo metodológico: debe contarse con experiencias en evaluaciones y competencias en la observación de efectos (con el diseño de cadenas de efectos), en el diseño y análisis de encuestas y en la redacción de informes precisos.

El equipo debe estar compuesto por mujeres y hombres.

Algunos miembros son propuestos por las instituciones participantes, otros por Misereor (los que además de castellano deben manejar bien el alemán, para analizar los documentos internos en Misereor). Misereor nombra a una persona del equipo como "coordinador/a del equipo de evaluación", con mayor responsabilidad por la cooperación del equipo y la redacción del informe.

La división de tareas en el equipo de evaluación se hace según el siguiente esquema. La Señora Heidrun Gilde asume la coordinación general del equipo de evaluación:

	Institución	Evaluadora intercontinental (coordinadora de cada sub-equipo)	Evaluador continental
1.	Los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.	Bohmann	Cottom
2.		Gilde	Cottom
3.		Todos	
4.		Bohmann	Cottom
5.		Bohmann	Cruz
6.		Bohmann	Cottom
7.		Gilde	Cruz
8.		Gilde	Cruz
9.		Gilde	Cruz

El cronograma de la evaluación se establece en último término entre el equipo de evaluación y las instituciones participantes. En el taller inicial entre el 18 y 20 de noviembre del 2010 se definirán los detalles del cronograma. Sin embargo, la planificación ya hecha ya define grandes partes del cronograma. En este sentido se considera el siguiente plan temporal para cada consultor/a:

Plan de días de trabajo para la evaluación transversal 'Proyectos de Salud en Guatemala'					
Ítem	Actividad	Cantidad de días de trabajo			
		Heidrun Gilde	Karin Bohmann	Luís Cruz	Hugo Cottom
<u>Fase de preparación (abril hasta noviembre del 2010):</u>					
1	3 Visitas en Misereor	5	5	--	--
2	Desarrollo de una propuesta metodológica y de un formato para las hojas informativas	2	1	--	--
3	Desarrollo de un cuestionario para las instituciones evaluadas	1	1	--	--
4	Estudio de documentos dos proyectos, elaboración de las hojas informativas para cada evaluación	15	14	3	3
5	Búsqueda de información general sobre la salud en Guatemala	1	1	1	1
6	Coordinación logística	1	1	--	--
<u>1a fase (15 a 24 de noviembre del 2010):</u>					
7	Viaje intercontinental Alemania - Guatemala ida y vuelta	3	3	--	--
8	Constitución del equipo de evaluación, preparación del taller inicial	3	3	3	3
9	"Taller inicial" con representantes de las instituciones	2	2	2	2
10	Equipo de evaluación: Definición de procedimientos e instrumentos, elaboración del 'informe inicial'	2	2	2	2
11	Entrevistas con informantes claves en Guatemala (contexto), reunión con el proyecto de ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]	3	3	3	3
12	Finalización del 'informe inicial'	2	--	--	--
<u>2a fase (28 de febrero a 9 de abril del 2011):</u>					
13	Viaje intercontinental Alemania - Guatemala ida y vuelta	3	3	--	--
14	Primera vuelta de visitas a todos los proyectos	39	39	39	39
15	Análisis del equipo de evaluación y preparación de aspectos por analizar antes de la 3a fase	2	2	2	2
<u>Entre 2a y 3a fase (abril del 2011):</u>					
16	Según la necesidad, levantamiento de información adicional de los proyectos, hasta días:	--	--	14	14
<u>3a fase (5 de mayo a 10 de junio del 2011):</u>					

Plan de días de trabajo para la evaluación transversal 'Proyectos de Salud en Guatemala'					
Ítem	Actividad	Cantidad de días de trabajo			
		Heidrun Gilde	Karin Bohmann	Luis Cruz	Hugo Cottom
17	Viaje intercontinental Alemania - Guatemala ida y vuelta	3	3	--	--
18	Segunda vuelta de visitas a todos los proyectos y entrevistas con informantes claves	32	32	32	32
19	Equipo de evaluación: Revisar conclusiones de las evaluaciones individuales y reflexionar sobre los resultados transversales, preparación del taller final.	3	3	3	3
20	"Taller final" con representantes de las instituciones	2	2	2	2
	<u>Fase final:</u>				
21	Redacción de los informes de la evaluación de los 9 proyectos. En cada sub-equipo por proyecto: la evaluadora alemana 4 días y el evaluador guatemalteco 2 días para el informe; la mitad del trabajo se hace después de la primera fase, la mitad restante en la fase final.				
21a	Redacción primer informe	3	1	1	1
21b	Redacción informes de los demás 8 proyectos	16	16	8	8
22	Redacción del informe transversal	4	1	1	1
23	Control final de los informes antes de la entrega	--	2	--	--
24	Redacción de un resumen en alemán para el Informe anual de evaluaciones de Misereor	--	2	--	--
25	Presentación de los resultados en Misereor (incl. preparación)	2	2	--	--
SUBTOTAL		149	144	116	116
De estos días para trabajos en 2010:		50	45	19	19
De estos días para trabajos en 2011:		99	99	97	97
TOTAL		525			

Cada institución participante pone a la disposición de los miembros del equipo de evaluación los siguientes documentos (a ser posible en forma electrónica que Misereor distribuye en un CD):

- Los dos o tres últimos proyectos presentados a Misereor.
- Los informes correspondientes.

6. Informes

En el proceso de la evaluación transversal se deben elaborar los siguientes informes:

- Un informe inicial, después del 'taller inicial' en noviembre del 2010 (máximo 10 páginas, sin anexos), que recibirán todas las instituciones de los proyectos y Misereor,
- Nueve informes de evaluación de los nueve proyectos: Misereor recibirá todos, mientras que cada institución evaluada recibirá el informe de su respectivo proyecto,
- Un informe de la evaluación transversal, que recibirán todas las instituciones de los proyectos y Misereor .

Los informes documentan el proceso y los resultados de la evaluación, y sirven como referencia para las actividades posteriores. Por lo tanto, deben tener una estructura clara y abarcar todos los aspectos.

Cada (sub-)equipo que visita un proyecto es conjuntamente responsable de documentar la evaluación del proyecto. La coordinadora del (sub-)equipo de evaluación coordina estas partes y contribuye responsablemente en la síntesis de la evaluación transversal,

A) El informe inicial

Debe abarcar aproximadamente 10 páginas (sin anexos).

Presenta las primeras conclusiones del estudio de los documentos disponibles y las discusiones en el taller inicial, con las hipótesis de trabajo sobre el "Tejido de correlaciones causa-efecto" identificado en los proyectos.

Presenta las conclusiones de la elaboración final de la metodología de la evaluación (de esta manera se agrega a estos términos de referencia, aclarando el punto "4. Metodología").

Presenta el plan final del cronograma.

B) La síntesis de la evaluación transversal

Debe abarcar aproximadamente entre 20 y 25 páginas (sin anexos).

La sección debe presentar la siguiente estructura (sin que ella constituya un esquema rígido):

1. Resumen del informe de aproximadamente 2 páginas (objetivos de la evaluación, procedimientos empleados, contexto guatemalteco y de los proyectos, conclusiones principales, recomendaciones más importantes).
2. Breve descripción de la misión y de los métodos y procedimientos empleados.
3. Un texto principal estructurado en capítulos, que describa las constataciones con respecto a las cuestiones centrales abordadas en la misión. Da una visión conjunta de las evaluaciones individuales y adicionalmente trata los temas que van más allá de un proyecto individual, por ejemplo efectos del conjunto de proyectos, vacíos en el portafolio de Misereor, etc.
4. Conclusiones. La síntesis no es un simple resumen de las evaluaciones individuales de los proyectos sino que comparándolas saca conclusiones de orden más general.
5. Recomendaciones por orden de prioridad, dirigidas a actores específicos (¿Quién debería hacer qué?).

C) La evaluación de cada proyecto

Cada evaluación debe abarcar entre 20 y 25 páginas (sin anexos).

La estructura sigue la de la síntesis, concentrándose en el proyecto evaluado.

Cada informe debe contener lo siguiente:

- Hoja de cubierta
- Índice
- Lista de abreviaturas
- Anexos, incluyendo:
 - Marco de referencia
 - Cronología de la misión
 - Lista de interlocutores
 - (*en caso que corresponda*): Lista de los documentos que han servido de base
 - (*en caso que sea conveniente*): Documentación detallada para fundamentar los argumentos del texto principal (tablas, textos, instrumentos usados como cuestionarios etc.)
- Páginas numeradas.

D) Un resumen en alemán para el documento anual de evaluaciones de Misereor

El formato definitivo será comunicado.

Anexo 2 – Mapa de cobertura de los proyectos evaluados

Los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.

Anexo 3 – Cronograma de la misión de evaluación

Junio a noviembre 2010: Preparación de la evaluación transversal

... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes]

14 al 25 de noviembre 2010: Primera estadía en Guatemala

...

27 de febrero al 10 de abril 2011: Segunda estadía en Guatemala

...

10 de abril al 3 de mayo: Visitas de campo de los evaluadores centroamericanos

...

4 de mayo al 11 de junio 2011: Tercera estadía en Guatemala

...

Junio a agosto 2011: Elaboración de los informes finales

...

20 al 21 de septiembre 2011: Reunión final de las evaluadoras alemanas con MISEREOR en Aachen

...

Anexo 4 – Formato cuestionario institucional

Este cuestionario fue elaborado por las dos evaluadoras intercontinentales y pretende recoger información sobre aspectos institucionales y de organización que no están disponibles en los expedientes de los proyectos que maneja MISEREOR. Estas informaciones serán utilizadas para la preparación del taller en noviembre.

Se pide a las personas responsables llenar el cuestionario y enviarlo hasta el 15 de Octubre al siguiente correo: info@heidrun-gilde.de

-
- 1. Nombre y cargo de la persona** que llenó el cuestionario:
 - 2. Nombre de la institución** a cargo del proyecto apoyado por MISEREOR:
 - 3. ¿Desde cuándo existe la institución?**
 - 4. ¿Cuándo se inició el apoyo de MISEREOR a esta institución?**
 - 5. ¿Cuál es el número de personal de planta** que tiene la institución actualmente?.....
 - 5.1 ¿Varió este número significativamente durante los últimos 5 años? Sí / No
 - 5.2 En caso de responder “sí”, por favor dar una breve explicación:
 - 6. ¿Cuenta la institución con una visión, misión y/o un plan estratégico institucional?**
Sí / No
 - 6.1 En caso de responder “sí”, por favor especificar, de qué año data:Por favor, envíenos los documentos en versión electrónica
 - 7. ¿Cuenta la institución con una unidad/persona responsable del tema planificación y/o seguimiento y evaluación?** Sí / No
 - 7.1 En caso de responder “sí”, por favor especificar el nombre de la unidad / persona y la cantidad de personas que trabajan en esta unidad:
 - 8. ¿Existe una unidad/persona responsable del desarrollo de recursos humanos en la institución?** Sí / No
 - 8.1 En caso de responder “sí”, por favor especificar el nombre de la unidad / persona y la cantidad de personas que trabajan en esta unidad:
 - 9. ¿En qué año fue el último cambio a nivel directivo en la institución?**
 - 10. ¿Cuenta la institución con una casa propia o alquilada?**
 - 11. ¿Con cuántos vehículos propios cuenta la institución?**
- ¿Con cuántas motocicletas?

12. Proyectos que la institución actualmente implementa (por favor, llenar la siguiente matriz, incluyendo el proyecto apoyado por MISEREOR):

Nombre del Proyecto	Financiadores	Número de personal de planta	Áreas temáticas que aborda	Áreas geográficas que aborda

13. Otras instituciones con las que existen importantes relaciones de cooperación a nivel institucional (por favor, llenar la siguiente matriz):

Institución	¿En qué se coopera?	¿De qué tipo de cooperación se trata?	¿Qué intensidad de cooperación se tiene?

14. Otros aspectos importantes que quisiera añadir con respecto a la institución:

.....

15. Le pedimos anexar un organigrama / estructura organizativa de la institución y de la organización superior a la cual pertenece. Si no existiera, por favor describa brevemente los niveles jerárquicos y las unidades principales.

*¡ Muchas gracias por su colaboración !
Heidrun Gilde y Karin Bohmann*

Anexo 5 – Formato hoja informativa

Estas hojas serán llenadas sucesivamente por las evaluadoras intercontinentales hasta fines de octubre. Fuentes de información son los expedientes analizados en las oficinas de MISEREOR, documentos del CD enviado por MISEREOR, informaciones obtenidas en las entrevistas en MISEREOR, otros documentos enviados por MISEREOR, cuestionarios llenados por las instituciones contraparte. A fines de octubre, las hojas informativas serán compartidas con los consultores continentales y enviadas a las instituciones para que revisen las hojas. En caso que hubiera comentarios o correcciones, éstas serán incluidas.

Nombre del proyecto actual

Nombre de la institución

1. Información sobre la institución⁴²

- 1.1 ¿Desde cuándo existe la institución?
- 1.2 Inicio del apoyo de MISEREOR a esta institución
- 1.3 Número de personal de planta (¿Varió este número significativamente durante los últimos 5 años?)
- 1.4 ¿Cuenta la institución con una casa propia o alquilada?
- 1.5 ¿Con cuántos vehículos propios cuenta la institución?
- 1.6 ¿Cuenta la institución con una visión, misión y/o un plan estratégico institucional? (¿De qué año?)
- 1.7 Organigrama / estructura organizativa de la institución⁴³ y de la organización superior a la cual pertenece, p. ej. (arqui-) diócesis
- 1.8 ¿Existe una unidad/persona responsable del tema planificación y/o seguimiento y evaluación?
- 1.9 ¿Existe una unidad/persona responsable del desarrollo de recursos humanos en la institución?
- 1.10 ¿Cuándo fue el último cambio a nivel directivo en la institución?
- 1.11 Proyectos que la institución actualmente implementa (Matriz: proyecto, financiadores, número de personal de planta, área temática, área geográfica)⁴⁴
- 1.12 Otras instituciones con las que existen cooperaciones importantes a nivel institucional (¿en qué temas?, ¿qué tipo e intensidad de cooperación)
- 1.13 Otros aspectos importantes con respecto a la institución

2. Información sobre el proyecto actual

- 2.1 Inicio del proyecto actual
- 2.2 Fin del proyecto actual

⁴² En parte, esta información recién estará disponible después de haber recibido los cuestionarios de las instituciones.

⁴³ Si existe, se anexa. Si no existe, se describen brevemente los niveles jerárquicos y las unidades principales.

⁴⁴ Esta matriz sirve como información básica. Durante la evaluación se completa con más información, por ejemplo con respecto a los montos financieros.

- 2.3 Recursos financieros para el proyecto actual (monto y procedencia de los fondos)
- 2.4 Ámbito geográfico del proyecto (caracterización muy breve, ¿cuántos municipios / diócesis en cuántos departamentos?)
- 2.5 Grupo meta (¿Quiénes? ¿Qué idiomas? Número de beneficiarios según componentes? ; incluir perspectiva de género y generacional)
- 2.6 Recursos humanos del proyecto (número de personas asalariadas y personas voluntarias, género, perfiles, % de trabajo en el proyecto; ¿se trabaja con traductores?)
- 2.7 Cooperaciones importantes con otras instituciones y/o redes
- 2.8 Otros aspectos importantes con respecto al proyecto actual (por ejemplo, ¿cuál es la importancia del proyecto para la institución?)

3. Objetivos y medidas del proyecto actual (según documentos)

- 3.1 Objetivos del proyecto actual (¿son efectos y/o impactos?)
- 3.2 Medidas principales del proyecto actual (resumen)
- 3.3 Enfoque metodológico
- 3.4 ¿Existen cadenas de efectos en la documentación del proyecto? ⁴⁵
- 3.5 ¿Existen matrices de planificación del proyecto?

4. Comparación proyecto actual -proyecto anterior apoyado por MISEREOR

- 4.1 En comparación con el proyecto actual, ¿en qué aspectos principales se distinguió el proyecto anterior? (resumen muy breve)
- 4.2 De acuerdo a la información escrita, ¿cuáles fueron los efectos directos e impactos logrados en el proyecto anterior?
- 4.3 Si hubo una evaluación anterior (evaluación externa o autoevaluación), ¿cuáles fueron sus conclusiones y recomendaciones principales?

5. Aspectos específicos

Aquí se resumen aspectos como, por ejemplo, acontecimientos importantes en el entorno del proyecto, cambios importantes de estrategia de trabajo a lo largo del tiempo, rotación de personal, asesorías externas financiadas por MISEREOR, problemas de implementación, etc....

6. Observaciones de las evaluadoras

Aquí, las evaluadoras resumen primeras impresiones con respecto a los documentos revisados, como:

- Calidad de los documentos de planificación (tipo de instrumentos, claridad, lógica, etc.)
- Calidad del sistema de seguimiento (si es que existe)

⁴⁵ Si ya existen, se anexan. Si no existen, las evaluadoras pueden elaborar unas primeras cadenas y/o hipótesis de efectos que deben ser verificadas después con los equipos de proyecto. Estas no serán compartidas con anticipación, ya que no es parte de los “hechos”, sino una lectura realizada por parte de las evaluadoras que no necesariamente coincide con la lógica de los equipos de los proyectos.

- Calidad de los informes y la información disponible (especialmente con respecto a efectos directos e impactos)
- Calidad de otros materiales de presentación (por ejemplo, material didáctico)
- Coherencia entre productos, efectos directos e impactos mencionados en los documentos de planificación y en los informes
- Apertura a la cooperación y coordinación con otras instituciones
- Enfoque metodológico
- ¿Cómo se retomaron recomendaciones de evaluaciones anteriores?
- etc.

Anexo 6 – Programa del taller inicial con las contrapartes 18 al 20 Noviembre 2010

Lugar

Casa Bethania, Conferencia Episcopal, Ciudad de Guatemala

Jueves 18 de Noviembre

- 12:30 Almuerzo
- 14:00 Oración Inicial (Hugo)
- 14:10 Apertura por Judith y presentación del equipo evaluadores.
- 14:20 Dinámica de conocimiento mutuo de las personas y evaluadores. (Luis)
 - Nombre, Proyecto, función, qué comida me gusta, lo que más me gusta y lo que me gusta menos del trabajo
- 14:40 Símbolo que represente que es la evaluación para ellos. En el jardín, por proyecto, buscan un símbolo que les represente el significado de evaluación. Ya en el salón plenario cada grupo expone el símbolo y su significado (Karin)
- 15:30 Agenda del taller (Karin)
- 15:35 Aclarar y recordar los objetivos de la evaluación y TDR (Heidrun)
- 16:15 Café.
- 16:30 Matriz específica de servicios entre todos/todas. En plenario sobre la base de una matriz grande. (Heidrun)
- 17:30 Insumos para selección de Parroquias y Municipios. (Hugo)
- 18:00 Final

Viernes 19 de Noviembre

- 8:30 Reflexión Inicial (Carlos Alonzo)
- 8:45 Elección sobre municipios propuestos (Hugo): revisar criterios
 - Criterios para seleccionar comunidades
 - Traducción (¿en qué municipios / parroquias?)
- 9.45 Metodología de la evaluación (Karin, Luis)
 - o Principios que nos guían
 - o Repartición de días de evaluación por proyecto
 - o Cronograma de trabajo, trabajo sábado y domingo
 - o Visitas intermedias
 - o Lista de actores a entrevistar
- 10.15 Pausa
- 10.45 Relación entre Proyecto de ... y los Proyectos de ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes]
Trabajo en dos grupos (Heidrun-Hugo con ..., Karin-Luis con ...):
 - o Elaborar las expectativas mutuas (visualizar con tarjetas)

- Definir temas para el “ascensor” entre los niveles local, parroquial/municipal, diocesano/departamental, nacional: *“Para lograr mejoras en la situación de salud en Guatemala, qué temas/aspectos debemos “mover en el ascensor”?*
- 12.00 Puesta en común y discusión
- 12.30 – 14.00 Almuerzo
- 14.00 – 14.15 Dinámica: Nudo
- 14.15 Trabajo de cadenas de efectos e impactos de los proyectos
- ¿Qué son las cadenas de efectos? (ejemplo, desde arriba / abajo)
 - ¿Por qué estamos trabajando con cadenas de efecto en esta evaluación?
- 14.45 Ejercicio práctico: incidencia política (Heidrun), desarrollo. capacidades en promotores (Karin-Hugo), fortalecimiento organizacional (Luis-Judith)
- 16.15 Refrigerio
- 16.40 Plenaria: Presentación de cadenas elaboradas, ¿cómo seguimos?
- 17.30 Retroalimentación

Sábado 20 de Noviembre

Horario de trabajo de 8.30 a 12.30, finalizando con el almuerzo conjunto

08:30 Reflexión inicial (Fermina)

09:00 Acordar aspectos logísticos y el rol de las contrapartes (Hugo)

- Ø Transporte (quién asume, pagos)
- Ø Reserva de hoteles en general por el equipo
- Ø Seguridad: viaje de noche, frontera, referentes para Embajada
- Ø Programa: lluvias, que sea práctico

Definir las tareas a ser realizadas entre noviembre 2010 y febrero 2011: (Heidrun)

- Ø Revisar las hojas informativas: entrega 30/11, devolución 7/12
- Ø Listado de comunidades: reciben hoy de Hugo (cada uno confirma), entregan 7/12 con sus sugerencias, selección final por equipo 17/12
- Ø Programa de trabajo primera visita:
 - Listado de actores por proyecto (sugerencia equipo evaluación hasta 25/11, versión equipo proyecto hasta 7/12)
 - Concertar el tema de traductores hasta 28 de enero
 - Propuesta inicial de programa para la primera visita (1er día interno, última tarde para cerrar primera visita) hasta 28 de enero; versión final 15 febrero
 - Los programas para la visita intermedia y la tercera visita se hacen al final de abril
 - Auto-evaluación por el equipo del proyecto: reciben instrumento hasta 10/12 (a través de Dee), entregan 18 febrero

10.00 Refrigerio

10.20 Dinámica y aspectos finales para acordar:

- Ø Acuerdos con respecto a las visitas mutuas durante el proceso de evaluación.

Ø ¿Cómo manejar los nombres de proyectos y personas en el informe transversal?

12.00 Cierre del taller

- ¿Qué nos gustó del taller?
- ¿Qué no nos gustó del taller?
- ¿Qué valoramos del proceso de evaluación que viene?
- ¿Qué nos preocupa con respecto al proceso de evaluación?

12.30 Palabras finales Judith Köhler de MISEREOR

Reflexión final

Anexo 7 – Formato de autoevaluación

Instructivo para la aplicación del instrumento

Sugerimos aplicar el instrumento en una reunión de todo el equipo del proyecto. La reflexión colectiva permitirá que todo el equipo se entere desde el inicio de la evaluación de aspectos claves que serán abordados. Además, la aplicación en grupo permitirá obtener toda la información necesaria para valorar cada uno de los criterios.

Paso 1: Introducir el instrumento en el equipo del proyecto

El instrumento cubre muchos de los aspectos de los términos de referencia que se establecieron para el equipo de evaluadores. La idea es aplicar el instrumento inicialmente por el mismo equipo del proyecto a través de una auto-evaluación. Posteriormente, el equipo de evaluadores establecerá una comparación entre la auto-percepción del equipo del proyecto, la percepción del equipo de evaluadores y la percepción de otros actores terceros al proyecto. En el marco de la presentación final de conclusiones y recomendaciones por parte del equipo de evaluadores, el equipo del proyecto recibirá una retroalimentación con respecto a las distintas percepciones.

Paso 2: Valoración

La hoja de trabajo adjunta contiene diferentes criterios de evaluación que están formulados como afirmaciones. Para evaluar los criterios en equipo pueden proceder primero individualmente, llegando posteriormente a una valoración grupal, o pueden conversar sobre el criterio en grupo, valorándolo en conjunto, sin una evaluación individual previa. Se requiere colocar como equipo una valoración por cada afirmación, aplicando el siguiente esquema:

4 puntos = completamente

3 puntos = en buena parte

2 puntos = en parte

1 punto = muy poco

0 puntos = nada

Paso 3: Reflexión

Al finalizar la valoración de todos los criterios, el equipo del proyecto suma el subtotal por cada grupo de criterios y reflexiona sobre el puntaje logrado. Si quiere, puede compartir algunas de sus reflexiones con el equipo de evaluadores, anotándolos en “comentarios”.

Paso 4: Envío del instrumento llenado

El instrumento llenado será enviado **hasta el 15 de Febrero del 2011** al sub-equipo de evaluadores que visitará el proyecto.

Pertinencia	Valoración				
	0	1	2	3	4
Los servicios que el proyecto está ofreciendo se han seleccionado en conjunto con la población beneficiaria (hombres y mujeres), a partir de un análisis participativo y actualizado de sus condiciones de salud y sus necesidades					
Los servicios del proyecto corresponden a las necesidades más importantes en salud de la población beneficiaria (hombres y mujeres)					
Las metodologías de capacitación y acompañamiento integran elementos de la cosmovisión indígena					
Las metodologías de capacitación y acompañamiento integran la perspectiva de género					
Los servicios y objetivos del proyecto apuntan a prioridades de la Iglesia Católica en Guatemala					
Los servicios y objetivos del proyecto apuntan a prioridades de los gobiernos locales (alcaldías)					
Los servicios y objetivos del proyecto apuntan a prioridades del Ministerio de Salud					
Es pertinente que en los lugares de trabajo del proyecto la Iglesia asuma (en parte) servicios y/o tareas de salud que son del Estado					
Es pertinente que MISEREOR (co-)financie a través del proyecto las estructuras de la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]					
El trabajo de atención en salud a través de promotores voluntarios (sin salario) es pertinente, dadas las condiciones de contexto					
Subtotal					

Comentarios:

Efectos y eficacia	Valoración				
	0	1	2	3	4
En su mayoría, la población beneficiaria (hombres y mujeres) ha podido sacar provecho de los servicios / productos ofrecidos por el proyecto					
Las mujeres se benefician de igual manera del proyecto que hombres (o incluso más)					
En los lugares donde vive población indígena, ella se beneficia de igual manera del proyecto que población no indígena (o incluso más)					
Las mejoras en la situación de salud de la población beneficiaria en las comunidades donde trabaja el proyecto se atribuyen en gran parte a las actividades y los servicios que ofrece el proyecto					
Al momento de planificar la fase actual del proyecto, el equipo ha definido clara y precisamente los efectos a ser logrados					

El proyecto actual cuenta con indicadores claros y precisos que describen efectos (cambios positivos que se logran a través del trabajo del proyecto)	
Los objetivos e indicadores del proyecto actual se van a lograr hasta el final del proyecto actual así como estaba previsto en la planificación	
Los objetivos e indicadores del proyecto anterior se lograron así como estaba previsto en la planificación	
Los diferentes servicios que el proyecto ofrece se complementan bien y en su conjunto permiten lograr los objetivos	
Subtotal	

Comentarios:

Cooperación	Valoración				
	0	1	2	3	4
El equipo del proyecto conoce bien los servicios de salud de los principales actores gubernamentales y no gubernamentales presentes en la Diócesis y/o el Departamento					
A partir de un análisis, el equipo del proyecto ha definido quiénes son los actores prioritarios para cooperar (aliados/socios estratégicos)					
Los principales actores de las estructuras <u>gubernamentales</u> de salud presentes en la región del proyecto conocen bien los servicios y objetivos del proyecto					
Los principales actores <u>no</u> gubernamentales relacionados con el tema salud en la región del proyecto conocen bien los servicios y objetivos del proyecto					
La interrelación establecida por el proyecto con estructuras gubernamentales y no gubernamentales de salud es adecuada					
El equipo del proyecto ha participado en la elaboración, ejecución y el seguimiento de un plan de salud interinstitucional a nivel local					
El proyecto coopera con otras pastorales (juventud, tierra, etc.) en la diócesis siempre y cuando existan potenciales para aportar al logro de los objetivos					
La participación en la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes] permite lograr efectos (cambios y mejoras) que el proyecto individualmente no hubiera podido lograr					
La cooperación del equipo del proyecto con ... permite lograr efectos (cambios y mejoras) que el proyecto individualmente no hubiera podido lograr					
A través de la cooperación con otros proyectos de salud básica apoyados por MISEREOR en Guatemala se logran mejoras que el proyecto individualmente no hubiera podido lograr					
El intercambio de experiencias entre proyectos de salud que existen a nivel diocesano (con o sin apoyo de MISEREOR) está funcionando y aportando a mejorar el trabajo de los proyectos					
El potencial de cooperación entre proyectos de salud apoyados por MISEREOR en Guatemala está siendo aprovechado por el equipo del proyecto					

El equipo del proyecto responde de forma cumplida a los acuerdos de cooperación establecidos con otros actores	
El proyecto comparte sus planes y documentos importantes con sus socios estratégicos para facilitar la coordinación de actividades y servicios	
Las dificultades que ocurren en la cooperación con otros actores son abordadas por el equipo del proyecto de forma abierta, constructiva y a tiempo	
Subtotal	

Comentarios:

Organización y gestión	Valoración				
	0	1	2	3	4
El proyecto combina los enfoques de atención, prevención y promoción (información) en salud de manera adecuada					
Los pasos cronológicos a ser llevados a cabo en el tiempo para lograr los objetivos previstos de manera sostenible están claramente definidos					
El equipo del proyecto desarrolla de manera sistemática las capacidades de los promotores y de otros actores que influyen fuertemente en el éxito del proyecto					
Existen procedimientos establecidos para la planificación estratégica y operativa, así como para el seguimiento, y estos procedimientos se aplican en el proyecto					
El equipo del proyecto realiza un seguimiento periódico y sistemático a los indicadores y ajusta la estrategia de trabajo siempre y cuando sea necesario					
El proyecto cuenta con un sistema de información que contiene los datos recolectados a través del seguimiento					
El proyecto considera dificultades y/o errores como una información positiva y toma en cuenta lecciones aprendidas					
El equipo del proyecto a lo largo de cada año tiene previsto espacios de reflexión para ajustar tiempos y re-plantear actividades y procedimientos definidos en los planes operativos					
El proyecto evalúa y sistematiza sus lecciones aprendidas y los pone a disposición de otros actores dentro y fuera de las estructuras eclesiales					
Experiencias exitosas y/o llamativas son llevadas de nivel local a nivel nacional para que las estructuras eclesiales, gubernamentales y no gubernamentales de salud las puedan conocer y aprovechar					
Subtotal					

Comentarios:

Eficiencia	Valoración				
	0	1	2	3	4
El costo del proyecto para lograr los objetivos e indicadores previstos es razonable					

La relación entre el número de personal (pagado y voluntario) y el número de personas beneficiarias del proyecto es adecuada	
La relación entre la cantidad de diferentes servicios y actividades que ofrece el proyecto y los recursos disponibles (personal, recursos financieros) es adecuada	
El costo para talleres de capacitación es razonable en relación a los efectos positivos que se logran	
El costo para llevar a cabo las interrelaciones de cooperación con otros actores es razonable en relación a los efectos positivos que se obtienen	
El costo para llegar a comunidades lejanas es razonable en relación a los efectos positivos que se obtienen allí	
La forma cómo el proyecto lleva a cabo sus procesos de organización y gestión es eficiente	
Los servicios administrativos (contabilidad, apoyo secretarial, informes) son eficientes	
Subtotal	

Comentarios:

Sostenibilidad	Valoración				
	0	1	2	3	4
La institución tiene definido el lapso de tiempo necesario para poder lograr cambios sostenibles en la población beneficiaria y finalizar el apoyo del proyecto					
Para cada uno de los lugares de trabajo del proyecto (parroquia, municipio y/o comunidad) existe por parte del equipo una estrategia de entrada y una estrategia de salida					
El proyecto ya se ha retirado de algunos lugares de trabajo, en los cuales subsisten los cambios positivos y efectos logrados					
La diócesis cuenta con una visión y estrategia a mediano plazo que permite que la ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] a nivel diocesano funcione de manera sostenible, sin depender del proyecto apoyado por MISEREOR					
El trabajo de atención en salud a través de promotores voluntarios es sostenible (en el sentido de contar con estructuras y servicios que perduran después de que finalice el proyecto)					
Subtotal					

Comentarios:

Anexo 8 – Programa del taller final con las contrapartes
09 al 10 Junio 2011

Lugar

Casa Luterana, Ciudad de Antigua Guatemala

Jueves 9 de Junio 2011

- 09:00 Introducción
- 09:45 Presentación de Fortalezas y Debilidades. Factores de éxito de los proyectos.
- 10:30 REFRIGERIO
- 11:00 Presentación de Conclusiones.
- a. Enfoque Integral en Salud
 - b. Formación
 - c. Rol de Promotores
 - d. Medicina Tradicional, Alternativa y Natural.
- 11:30 Trabajo en tres Sub-Grupos y Plenaria
- 13:00 ALMUERZO
- 14:00 Presentación de Conclusiones
- e. VIH
 - f. Incidencia política
 - g. Rol de la Iglesia en salud
- 15:00 Trabajo en tres Sub- Grupos y Plenaria. Se servirá en los grupos el CAFÉ
- 17:00 Presentación Conclusiones
- h. Sinergias entre proyectos
- 18:00 FINALIZACION DEL DIA.

Viernes 10 de Junio 2011

- 08:00 Oración Manto de Pascua de Misereor (Judith).
- Reflexiones sobre el Primer Día e Introducción 2do. Día
- 09:30 Presentación Conclusiones y Recomendaciones con Obispos y Vicarios.
- 11:00 REFRIGERIO
- 11:30 Presentación de Conclusiones
- a. Sostenibilidad
 - b. Organización y Gestión
- 12:00 Trabajo en Sub-Grupos y Plenaria. CADENAS DE EFECTOS
- 13:00 ALMUERZO
- 14:00 Trabajo en Sub-Grupos y Plenaria INDICADORES
- 14:45 Presentación de Recomendaciones a Misereor

15:15 Evaluación del proceso de Evaluación

16:00 Finalización del taller, Oración Final y CAFÉ

Anexo 9 – Evaluación del proceso de evaluación transversal

Pregunta	J	K	L
¿Se alcanzó mi expectativa personal?	3	17	-
¿Qué tanto aportó la evaluación a la reflexión y aprendizajes de nuestro equipo de proyecto?	7	13	-
¿Qué me pareció la organización del proceso de evaluación?	6	14	-
¿Qué me pareció la metodología participativa aplicada?	8	12	-
¿Cómo me sentí en el proceso de evaluación?	2	17	1

Resumen de la retroalimentación directa (por equipo de proyecto):**¿Qué les gustó?**

- Los promotores se sintieron respaldados y más comprometidos con las visitas
- Se hizo ver que las cosas se han venido haciendo bien
- Se identificaron los aspectos positivos del proyecto y los aspectos por mejorar (varios)
- Que MISEREOR pueda conocer mejor nuestro trabajo a través de una evaluación independiente
- Que se incluyeron todo tipo de actores para obtener diferentes puntos de vista (varios)
- Que fue una evaluación imparcial (no estuvimos participando en las entrevistas)
- La evaluación muestra muchas cosas y retos que tenemos que abordar (varios)
- Comprensión y calidez humana del equipo evaluador
- El taller inicial con el equipo de cada proyecto donde se trabajó la historia y varios otros aspectos para entender mejor la realidad (varios)
- Las visitas de campo realizadas por el equipo evaluador para introducirse a la realidad (varios)
- Cuando se trabajó con el equipo del proyecto las visiones respecto al futuro
- Las cadenas de efecto, especialmente como se abordaron en el taller final (varios)
- El taller inicial en noviembre con bastante información previa (varios)
- La metodología aplicada durante la evaluación
- El respeto al horario establecido
- La relación de confianza que se creó
- Contar con una valoración externa de nueve proyectos
- Que el equipo evaluador haya identificado la complejidad en la que nos movemos

- El equipo evaluador supo adaptarse a la gente / a los beneficiarios
- Se creó un espacio de reflexión
- Haber conocido nuevas herramientas de trabajo
- El respeto y profesionalismo del equipo evaluador

¿Qué no les gustó?

- Se hicieron muchas preguntas; algunos beneficiarios se intimidaron y no sabían qué responder (varios)
- A través de las preguntas se generó una expectativa de ingresos en los promotores
- Que se nos propusiera cooperar más con las estructuras eclesiales (pero: somos un programa ecuménico)
- Que las entrevistas se llevaron a cabo sin una estructura claramente definida
- Cancelación de una cita
- No haber comido juntos como estaba previsto
- Evaluación descontextualizada del contexto de la Iglesia Católica en Guatemala
- Se impusieron criterios y opiniones (no se pudo negociar)
- Poco tiempo para aclarar bien los aspectos que se presentaron al final (varios)
- Que llegaran a evaluar efectos, sin que hayamos contado anteriormente con una metodología de MISEREOR
- Modificaciones de la agenda
- Que el equipo no se adaptó totalmente a la realidad que vivimos (hoteles, comidas, tamaños de grupos de beneficiarios, etc.)
- El equipo del proyecto retrasó su trabajo por tener que convocar a muchas personas en pocos días
- No se le pagaron viáticos al piloto el último día
- El momento de crisis (masacre) en Petén que obstaculizó el proceso (varios)
- Algunos planteamientos se hicieron sin haber profundizado suficientemente
- En el equipo evaluador no había especialistas para todos los temas
- En la presentación de conclusiones del proyecto se sintió prepotencia y poca apertura al diálogo
- Es utopía pensar que el trabajo será sostenible algún día
- Las distancias que tocó recorrer en poco tiempo

Recomendaciones para un próximo proceso de evaluación transversal:

- Se requiere de más tiempo para conocer bien la realidad (varios)
- En los talleres con todos los proyectos debe haber más tiempo para trabajar en grupos
- En el equipo debería haber una sola persona extranjera que sirva de apoyo técnico; el resto deberían ser nacionales (contextualización más fácil)
- Tener la posibilidad de aclarar cosas de una vez durante la presentación final
- Respetar la agenda tal como se establece
- Realizar una evaluación más acorde a la Pastoral, no tan técnica; basar las recomendaciones en la realidad eclesial
- Contar antes con una guía para poder explicar a los actores de qué se trata la evaluación y qué se espera de ellos
- Que el equipo profundice sobre las causas de lo que encuentra
- Cuidar sensibilidades personales al momento de devolver los resultados
- Que los evaluadores tengan siempre claro su rol (no son MISEREOR)

- Otra evaluación, después de haber aplicado la metodología de las cadenas de efectos

Anexo 10 – Informe inicial

1. Aspectos generales

El informe inicial describe la metodología de la evaluación. Por la complejidad del proceso que pretende evaluar nueve proyectos a través de un equipo de cuatro evaluadores que anteriormente no habían tenido una experiencia de trabajo en conjunto, se decidió definir mayores detalles de la metodología recién después de haber realizado el taller inicial en Guatemala.

Para abordar esta evaluación se propuso desde el inicio un enfoque circular sistémico que consiste en afinar el procedimiento específico y las hipótesis de trabajo sobre la marcha y a partir de los conocimientos que se van adquiriendo en el camino. Para esto se definieron las siguientes **cuatro fases principales** con sus respectivos productos:

- Fase inicial de estudio de documentos y aplicación de un cuestionario institucional, que tiene como producto las hojas informativas (que siguen una estructura establecida en conjunto).
- Primera estadía conjunta en Guatemala: acercamiento al contexto de salud en Guatemala y realización del taller inicial con las contrapartes y la representante de MISEREOR para Guatemala, que tiene como producto el informe inicial y acuerdos entre todos los involucrados con respecto a la metodología, el procedimiento y los términos de referencia.
- Primera serie de evaluaciones (primera visita a cada proyecto, de aprox. una semana de duración), que tiene como producto resultados intermedios de evaluación, las cadenas de efectos afinadas (constatar y/o reformular las hipótesis iniciales, ver cap. 2), primeras conclusiones con respecto a los aspectos transversales, así como las preguntas de investigación ajustadas.
- Segunda serie de evaluaciones (segunda visita a cada proyecto), que tiene como producto la presentación de conclusiones y recomendaciones, la versión final de los servicios y las cadenas de efectos, así como los informes de evaluación (que siguen una estructura establecida en conjunto).

El **equipo de evaluación** está compuesto por cuatro evaluadores que conforman dos sub-equipos de dos personas, siempre compuestos por una evaluadora alemana y un evaluador centroamericano. Para la conformación de los sub-equipos se buscó la máxima neutralidad posible, evitando la participación en la evaluación de proyectos con los cuales alguno de los evaluadores había tenido una vinculación anterior.

La primera estadía conjunta en Guatemala, la evaluación conjunta del proyecto de salud en ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes], así como reuniones del equipo de los cuatro evaluadores al inicio y al final de cada serie de evaluaciones pretenden garantizar un enfoque metodológico compartido.

Las **contrapartes tienen una amplia participación** en el diseño del proceso de evaluación. Su participación se inició en el momento de elaborar y acordar los términos de referencia. Durante el taller inicial, las contrapartes aportaron sus opiniones y propuestas para definir la metodología y seleccionar lugares propicios a ser visitados por el equipo de evaluación. Paralelamente, cada contraparte comentó la hoja informativa elaborada para su proyecto, corrigió errores y añadió algunos aspectos que hacían falta. Las contrapartes también están teniendo un rol importante en la selección de actores a ser entrevistados y en la elaboración del programa de visitas.

Adicionalmente, algunos integrantes de los proyectos participarán al inicio de la primera serie de evaluaciones en la evaluación de otro proyecto (por el momento, se cuenta con dos personas interesadas de dos proyectos distintos), con la finalidad de aprender más de cerca el enfoque de evaluación y el procedimiento aplicado.

Se busca un **rol activo de la población meta** en la evaluación. Para que la población pueda interactuar cómodamente con el equipo de evaluadores en su propio idioma, se contará con traductores siempre y cuando los equipos de los proyectos lo consideren necesario. La población meta será preguntada directamente, dando su opinión y valoración del proyecto y los cambios que produjo. Para involucrar también a personas que no manejan bien la lectura y escritura, se trabajará también con instrumentos visuales y símbolos. Para fomentar el aprendizaje y el intercambio entre las personas beneficiarias, se aplicarán métodos participativos en grupos focales que permitirán una reflexión colectiva de los procesos.

La definición de la **metodología de la evaluación responde a los siguientes criterios:**

- Aplicar una metodología participativa que involucre lo más activamente posible a todos los actores clave. Esto implica que el rol del equipo de evaluación se caracterice sobre todo por una escucha activa. Como actores clave se entiende también personas terceras conocedoras de la situación de salud a nivel local, ya que permiten obtener información de contexto y valorar el proyecto desde una perspectiva diferente.
- Criterios e instrumentos comunes de evaluación para todos los proyectos, lo que permitirá durante y al final de la evaluación comparaciones de procesos y resultados, así como conclusiones y recomendaciones más genéricas.
- Representatividad de los lugares de visita seleccionados, así como de las personas seleccionadas para ser entrevistadas (ver detalles en el capítulo 3).
- Triangulación de métodos. Esto implica abordar cada tema o aspecto clave de la evaluación aplicando más de un solo método, por ejemplo, combinando entrevistas individuales con la observación de procesos, con grupos focales, con el análisis de documentos o con encuestas de valoración.
- Establecer comparaciones entre la percepción y autoevaluación por parte del equipo del proyecto y la percepción y evaluación por parte del equipo de evaluadores. Para esto, se aplican instrumentos como la matriz de servicios (elaborada inicialmente a partir de la auto-percepción de los equipos de proyectos) y el formato de auto-evaluación.
- Privacidad en el levantamiento de la información, para que las personas se sientan en plena libertad y confianza de compartir sus puntos de vista con respecto al proyecto. Esto implica que el equipo del proyecto solamente esté presente al inicio y al final de las entrevistas y los grupos focales con la población meta. Cuando se trate de terceros (actores de otras instituciones, personas particulares que no son beneficiarios directos), las entrevistas se realizan sin la presencia del personal del proyecto.
- Espacios suficientes para aclarar dudas y validar la información recogida. Para esto, se incluirá en el programa reuniones con el equipo del proyecto. Otro momento importante para compartir primeras impresiones y aclarar dudas son los viajes, así que se pretende viajar siempre acompañado de un miembro del equipo del proyecto que conoce el trabajo realizado en el lugar a ser visitado.

2. Orientación a efectos

La evaluación debe tener una clara orientación a efectos directos e impactos, proporcionando información validada y – en la medida de lo posible – también datos cuantitativos con respecto a los cambios positivos (planificados o no) logrados a través de los proyectos, así como los efectos negativos, si hubiera. Los efectos positivos previstos se pueden referir tanto a la mejora de las condiciones de vida para los beneficiarios, como a cambios de actitud, opinión y/o hábito en los diversos actores relacionados con los proyectos.

Para poder enfocar la evaluación en efectos, es importante que el equipo de evaluación cuente previamente a las visitas de campo con hipótesis que permitan establecer las relaciones entre lo que los proyectos están ofreciendo (servicios y productos) y las mejoras que pretenden lograr (objetivos). En un primer paso se trata de observar si los servicios y productos ofrecidos por el proyecto son aprovechados por los destinatarios en la manera prevista (nivel de “uso de los servicios” en las cadenas de efectos).

Como la mayoría de los proyectos aún no cuenta con cadenas de efectos, ni con buenos indicadores que describen los efectos intencionados, se aprovechó el taller inicial para comprender mejor las “lógicas de intervención” de los proyectos y desarrollar en conjunto algunos instrumentos que pueden servir como punto de partida para el equipo de evaluación. En este taller se elaboró conjuntamente una matriz de servicios que permite identificar fácilmente qué servicio ofrece cada proyecto y con qué intensidad (ver anexo 1). Con base en estos servicios, conjuntamente se inició el trabajo en varias cadenas de efectos que posteriormente fueron continuadas por el equipo de evaluación. Se cuenta actualmente con cadenas de efectos que describen las hipótesis de intervención (efectos intencionados) para los siguientes campos de trabajo (ver anexo 2):

- Atención médica
- Disponibilidad de medicamentos
- Incidencia política
- Información y comunicación
- VIH/Sida
- Agua y letrización
- Nutrición

Estas cadenas de efectos son cadenas bastante genéricas y no incluyen intervenciones muy específicas de un solo proyecto. Pretenden dar un panorama de lo que los proyectos están ofreciendo típicamente en los diferentes campos de trabajo y lo que pretenden lograr o podrían estar logrando. Las cadenas elaboradas tampoco incluyen efectos negativos, ya que reflejan la hipótesis de intervención (una descripción de lo deseado) y no “la realidad”.

Serán utilizadas por el equipo de evaluación para dirigir sus preguntas hacia posibles efectos e impactos, así como para revisar y valorar los cambios logrados por los proyectos. Siendo cadenas genéricas que no fueron elaboradas por los mismos equipos de los proyectos, se sobreentiende que se requiere bastante flexibilidad del equipo de evaluación para acercarse con una mente abierta y lograr entender la lógica específica de intervención de cada uno de los proyectos.

No se pretende elaborar durante la evaluación cadenas de efectos para cada uno de los proyectos. Sin embargo, en algunos casos podría ser útil para reflejar la “realidad” encontrada durante la evaluación. Es decisión de cada uno de los sub-equipos si entra a cadenas específicas con el equipo del proyecto en el tiempo disponible.

Al final de la primera serie de evaluaciones, tanto la matriz de servicios como las cadenas serán ajustadas con base en la información recogida. Se contará con versiones finales de ambos instrumentos al momento de concluir la evaluación.

3. Levantamiento de información

El diseño de evaluación permite cierta flexibilidad con respecto a la intensidad de trabajo con cada uno de los proyectos. En promedio, cada sub-equipo cuenta con 12 días de evaluación por proyecto. Adicionalmente se cuenta con cuatro semanas de los evaluadores centroamericanos que serán distribuidos de acuerdo a las necesidades identificadas. El desarrollo típico de la evaluación de un proyecto comprende los siguientes momentos:

- Durante el primer día se realiza una reunión tipo taller con el equipo del proyecto durante la cual se aclaran dudas, términos y conceptos (como, por ejemplo, los criterios de OCDE/CAD) y se llega a acuerdos con respecto a la evaluación como tal y se profundizan algunos contenidos.
- Entre el segundo y el décimo día el sub-equipo visitará comunidades y entrevistará a actores terceros (incluyendo los días sábado y domingo).
- El día 11 y la mañana del día 12 de la evaluación servirán para la revisión y validación de la información recogida con miembros del equipo del proyecto, así como la elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- El día 12 en la tarde se realizará la presentación de los resultados con el equipo del proyecto.

El tiempo disponible del sub-equipo para recoger información con la población meta y terceros permite aproximadamente la visita de 5 a 6 comunidades, dependiendo de las distancias a recorrer. En este lapso de tiempo también se pretende observar directamente algunas de las actividades que realiza el equipo del proyecto (por ejemplo, formación de promotores, etc.). Adicionalmente, según las necesidades identificadas, podrán ser visitadas hasta 4 comunidades más por cada proyecto por los evaluadores centroamericanos en la etapa intermedia. La repartición de días por proyecto, así como se definió hasta el momento se encuentra en el anexo 3.

3.1 Selección de actores

Para obtener información sobre los proyectos y las condiciones de entorno desde distintas perspectivas, se pretende abordar una gama amplia de actores con las entrevistas (ver anexo 5):

- Equipo del proyecto
- Beneficiarios / grupo meta en las comunidades. Se pretende abordar un grupo de personas que reflejan una cierta diversidad en los criterios género, edad y grupo étnico y que pueden ser consideradas una muestra bastante representativa de beneficiarios (aunque el tiempo disponible y las condiciones no permiten contar con una representatividad de acuerdo a criterios estadísticos).
- Líderes comunitarios que no pertenecen al grupo meta (por ejemplo, maestros, terapeutas mayas, comadrona, presidente de COCODE, etc.)
- Representantes del Ministerio de Salud a nivel nacional, departamental y local
- Representantes de los Gobiernos Municipales relacionados con el tema salud
- Miembros de comisiones municipales y consejos/mesas departamentales de salud (espacios de coordinación entre la sociedad civil y el Gobierno que son establecidos por ley)
- Representantes de las estructuras eclesiales relacionados con el tema salud: Pastoral Social, Pastoral de Salud, agentes de salud de clínicas y farmacias parroquiales
- Líderes de la Iglesia católica en los lugares visitados: Obispos, Párrocos
- Otros actores específicos, por ejemplo, miembros de COCODEs (proyecto de agua y letrinización), jóvenes y maestros, dueños de radio (proyectos que trabajan con programas radiales), fontaneros (proyecto de agua y letrinización).

Para identificar y seleccionar las personas a ser entrevistadas en la zona de trabajo de cada proyecto, el equipo de evaluación envió a cada proyecto un primer listado de actores para entrevistas (propuesta). El equipo del proyecto revisó el listado e incluyó en algunos casos a otros actores que consideraba pertinentes. Con base en este listado, se está estableciendo

el listado final y definiendo el tema de los traductores. A partir de esto, el equipo de cada proyecto elaborará y enviará una propuesta detallada del programa para la primera visita. La versión final de este programa será concertada hasta el 15 de Febrero de 2011. El programa detallado para la visita intermedia y la tercera visita será concertado a más tardar hasta el 10 de Abril de 2011 con cada equipo de proyecto.

3.2 Selección de lugares

Como fue mencionado arriba, podrán ser visitadas como máximo 10 comunidades por proyecto. Los criterios aplicados para seleccionar los lugares son:

- tiempo de intervención del proyecto en el lugar
- cantidad de servicios que ofrece el proyecto en el lugar (integralidad del trabajo)
- zona geográfica (costa, boca costa, altiplano)
- distancia de los lugares desde las oficinas del proyecto
- características de la población beneficiaria (indígena / no indígena)
- auto-calificación del trabajo realizado por el equipo del proyecto como éxito y/o fracaso.

De acuerdo a estos criterios se busca la máxima representatividad que a la vez no perjudique la organización y logística de la evaluación (por ejemplo, en varios casos será difícil abordar más de una o dos comunidades lejanas de las oficinas del proyecto).

Para poder obtener una mayor claridad con respecto a la zona de intervención y las comunidades donde trabaja cada uno de los proyectos, durante el taller inicial se seleccionó conjuntamente con cada uno de los proyectos los municipios / las parroquias a ser visitados (ver anexo 4). El número de municipios seleccionados varía entre 3 y 7 y corresponde al número total de municipios / parroquias donde trabaja cada uno de los proyectos (que varía entre 3 y 28 en el caso de los proyectos en el interior del país). La misma matriz contiene también el número de comunidades abordadas por cada uno de los proyectos en los municipios donde trabaja. Este número varía entre 13 y 125, lo que indica la diferencia en los enfoques de trabajo y la intensidad de acompañamiento que puede ofrecer cada uno de los proyectos.

Durante el taller inicial se acordó con las contrapartes una matriz de caracterización de las comunidades (ver anexo 6) que permite seleccionarlas de la manera más representativa posible, considerando los criterios mencionados arriba. El equipo de cada proyecto llena la matriz y sugiere comunidades a ser visitadas durante la evaluación. La selección final se realiza por sugerencia de cada sub-equipo de evaluación que escogerá las comunidades según los criterios establecidos.

3.3 Métodos e instrumentos a ser aplicados para recoger la información

Durante la primera estadía en Guatemala y con base en la matriz de servicios y productos, el equipo de evaluación elaboró conjuntamente una matriz que describe detalladamente la metodología de la evaluación (ver anexo 7).

Los principales elementos metodológicos descritos en la matriz son los siguientes:

- Donde sea posible, se utilizarán datos de los sistemas de monitoreo y seguimiento de las contrapartes.
- Entrevistas a profundidad con actores clave (ver capítulo 3.1) del Gobierno y de la estructura eclesial sobre la situación de salud, el rol y los servicios que ofrece la Iglesia católica en salud, así como posibilidades y límites para un trabajo de

incidencia política desde las ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]y las estructuras eclesiales.

- En cada comunidad que se visita se pretende conformar un grupo focal de 10 a 15 representantes del grupo meta que tuvieron acceso a servicios de atención en salud por parte del proyecto. Este grupo focal, a través de la aplicación de entrevistas colectivas e instrumentos visuales, identificará los servicios que conoce del proyecto y valorará la importancia de estos servicios para ellos y los efectos que produjo su uso. Se revisa con ellos, qué tipo de atención médica buscan para qué enfermedad, qué preferencia tienen con respecto a medicamentos naturales o químicos y cuáles han sido sus gastos en salud y cómo estos han cambiado. En las comunidades donde hay presencia de promotores formados en VIH/sida se abordará este tema también. En el caso de los proyectos que trabajan el tema de nutrición, el programa materno infantil y el tema agua y letrización, se conformarán grupos focales con beneficiarios (familias beneficiarias, grupos de mujeres, PVVS, jóvenes que recibieron charlas), para abordar la calidad y los efectos de los servicios respectivos.
- Además, en las comunidades a visitar se realizarán entrevistas personalizadas con líderes comunitarios para conocer su percepción acerca del desarrollo de diferentes enfermedades desde que trabaja allí el promotor, la aceptación general de los servicios brindados por el proyecto, la calidad de los diferentes servicios de salud al alcance de la población (clínica, promotores, terapeutas, puesto de salud, médico del proyecto, comadronas, etc.) y la vinculación de estos servicios con las estructuras comunitarias existentes.
- Con los promotores de salud se pretende realizar una entrevista a profundidad en cada comunidad a ser visitada sobre su trabajo en el lugar y los diferentes servicios de salud. Además, se conformarán grupos focales con aprox. 20 a 30 promotores (donde fuera necesario, por zona geográfica) y se realizará un taller de medio día para indagar sobre los servicios que brinda el proyecto, la calidad de la formación y el acompañamiento a los promotores, la percepción con respecto a cambios logrados, su visión al futuro, etc. Donde aplica, también se abordará el tema de la gestión de botiquines y la relación que existe con las farmacias parroquiales y/o bodegas diocesanas.
- Con los representantes de los Puestos de Salud se realizarán entrevistas sobre el contexto de salud en la zona (y en especial, la salud materno infantil y de personas que viven con el VIH sida), su percepción del trabajo que la Iglesia realiza en el tema salud y las expectativas que existen hacia este trabajo y los promotores formados por los proyectos.
- Con los agentes de salud de las parroquias seleccionadas se realizarán grupos focales con los cuales se aborda a través de diferentes instrumentos la percepción del trabajo del proyecto, la interrelación con el equipo del proyecto y los promotores de salud formados, la valoración del uso de medicamentos químicos y naturales, la percepción del trabajo de incidencia política y la participación de ellos en las diversas actividades de incidencia.
- Se pretende realizar observaciones directas a farmacias, a jardines de plantas medicinales, a talleres de formación para promotores y talleres de formación para familias beneficiarias del proyecto de agua y letrización, a visitas domiciliarias a PVVS, al trabajo de los proyectos en clínicas y hospitales que están especializados en la atención a enfermos de VIH sida, así como a la entrega de alimentos y la práctica peso y talla del programa materno infantil. Además, se visitará algunos sistemas de agua y letrinas, tanto por el sub-equipo de evaluación como por un ingeniero civil guatemalteco que durante cinco días evaluará la calidad técnica de la infraestructura.

Para levantar información sobre la situación de contexto, se utilizarán datos de fuentes secundarias, como estadísticas del Ministerio de Salud a nivel nacional y descentralizado, así como estudios disponibles de ONGs nacionales e internacionales, de la Organización Panamericana de Salud y los informes de Desarrollo Humano del PNUD.

Con el equipo del proyecto se realizará un taller inicial de un día y, según necesidad y demanda, otras reuniones más en las cuales se abordarán los siguientes aspectos:

- Caracterización del personal que trabaja en el proyecto (formación, tiempo de trabajo, género, edades)
- Historia del proyecto y proyección hacia el futuro
- Identificación de las principales estrategias de trabajo y las metodologías aplicadas
- Diagrama de tortillas para visualizar la relación con otros actores
- FODA enfocado en un servicio clave (por ejemplo, formación de promotores), incluyendo las oportunidades y amenazas con relación al contexto
- Cambios logrados a nivel de comunidad y a nivel de estructuras gubernamentales y eclesiales
- Aspectos logísticos de la evaluación y programa de trabajo.

También se aplicará un formato para la autoevaluación y la valoración desde terceros con una escala de valoración que permite cuantificar y cruzar información cualitativa (anexo 8). Por un lado, el formato será aplicado por el equipo del proyecto mismo antes de la primera serie de evaluaciones (hasta el 18 de Febrero). Por el otro lado, será presentado al final de las entrevistas personalizadas a algunos actores clave (por ejemplo, representantes del área de salud y del distrito de salud, coordinador/a de la Pastoral Social, Obispo, Párrocos, representantes seleccionados de ONG que conocen el trabajo del proyecto). Finalmente, al final de la evaluación, el sub-equipo de evaluación también llenará el formato de acuerdo a su percepción, lo que permite la comparación de diferentes percepciones y puntos de vista. Los formatos también permiten una cierta comparación entre proyectos y la identificación de mejores prácticas.

Una de las tareas clave de la evaluación es establecer la interrelación que existe entre las actividades y líneas de intervención desarrolladas por cada proyecto y los efectos visibles. Especialmente en el tema de incidencia política es un reto establecer esta interrelación, ya que en procesos sociales y políticos es difícil comprobarla objetivamente. Como no está previsto realizar una comparación con/sin proyecto a partir de visitas a comunidades que no se beneficiaron de los proyectos apoyados por MISEREOR, la pregunta por la influencia del proyecto será incluida en las entrevistas con actores clave. También será posible establecer la influencia de algunas líneas de intervención, ya que se visitará a comunidades donde el proyecto trabaja con todos los servicios de manera integral y otras donde el proyecto solamente está ofreciendo alguno de los servicios.

Actualmente, los miembros del equipo de evaluación están elaborando las listas de preguntas clave a ser aplicadas para cada uno de los principales temas y servicios. Estas listas contendrán preguntas específicas para distintos grupos de actores a ser entrevistados. Aún falta concertar en el equipo de evaluación los instrumentos participativos que se aplicarán con los grupos focales y que serán validados en la primera visita al proyecto de salud en ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes].

4. Documentación y análisis de la información

Un punto de partida importante para la documentación sistemática y el análisis de la información son los índices de los informes por proyecto y el informe transversal que fueron elaborados por el equipo de evaluación durante su primera estadía en Guatemala (basados

en la estructura general que propuso MISEREOR). De esta manera, el equipo de evaluación puede sistematizar y analizar toda la información recogida de acuerdo a la estructura del informe, lo que facilita el trabajo de documentación.

Además, a partir de los diálogos llevados a cabo en el equipo de evaluación y con las contrapartes se elaboró un listado de temas y preguntas transversales que contiene varias de las primeras hipótesis establecidas por el equipo de evaluación. En cada reunión de equipo y de acuerdo a la información recogida hasta la fecha, estos aspectos serán revisados, analizados y documentados. Esta documentación será utilizada como base para el informe transversal, incluyendo la versión final de la lista de servicios y las cadenas de efectos e impactos, así como una tipología de proyectos.

Dada la cantidad del trabajo y la complejidad de la evaluación, es imposible para el equipo de evaluación documentar detalladamente cada taller y entrevista realizada en el marco de la evaluación de los nueve proyectos. Sin embargo, como es importante para MISEREOR contar con datos cuantitativos y lo más representativos posible, se elaborarán hojas muy sencillas de documentación que serán aplicadas en las entrevistas y grupos focales y permitirán recoger la información de manera sistemática. En estas hojas de documentación serán tomados en cuenta criterios como género, edad, grupo étnico (indígena/ no indígena), cargo, tiempo de vinculación al proyecto, etc., lo que permitirá un análisis posterior diferenciado, tomando en cuenta estos criterios.

El formato de autoevaluación que cuenta con una escala cuantitativa y será aplicada por el equipo del proyecto, el equipo de evaluación y algunos actores externos (en los últimos dos casos ya no podrá llamarse formato de autoevaluación, sino formato de evaluación) también permitirá cuantificar ciertos aspectos cualitativos de interés. Igualmente, este procedimiento permite identificar fácilmente donde los diferentes actores coinciden en su valoración del proyecto y donde existen percepciones distintas.

Al final de cada una de las evaluaciones de los nueve proyectos está planificado un taller de reflexión durante el cual se comparten las conclusiones y recomendaciones (sin que el informe ya esté hecho) con el equipo del proyecto. Al final de todas las evaluaciones de proyectos, el equipo de evaluadores se retira unos días para sacar sus conclusiones y recomendaciones generales. Las presenta a todas las instituciones en un taller final en la ciudad de Antigua Guatemala, para el cual está previsto también la presencia de representantes de MISEREOR.

Anexo 11 – Resumen de los métodos e instrumentos aplicados

Actores	Temas prioritarios	Instrumentos
Equipo del Proyecto	Expectativas y objetivos Contextualización Historia del proyecto Cambios logrados Estrategia de desarrollo de capacidades Incidencia / Opinión ... Preguntas específicas / dudas Logística y programa de la semana <u>Reunión final:</u> dudas y preguntas abiertas, VIH, estrategia de comunicación e información, Comisión Diocesana de Salud, desarrollo de capacidades del equipo del proyecto	Instrumentos: ver agenda del primer día Formato caracterización del personal del proyecto (pedirles que lo llenen) Formato caracterización municipio / parroquia (antes de viajar a cada municipio / parroquia) <u>Documentación:</u> fotos, documentar los servicios y los cambios en los formatos <u>Reunión final:</u> Traer la propuesta de agenda para la segunda parte y la parte intermedia, fijando fechas concretas
Área de Salud	Contexto, situación epidemiológica Relación con el proyecto, conocimiento y valoración de servicios Consejo Dptal. Salud Incidencia política Recomendaciones	Entrevista grupal Formato de valoración MSPAS <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Centro/Puesto de Salud	Contexto, situación epidemiológica Relación con el proyecto, conocimiento y valoración de servicios Recomendaciones	Entrevista Formato caracterización municipio / parroquia Formato de valoración MSPAS <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Consejo Dptal. Salud	Funcionamiento y composición del Consejo Plan Dptal. de salud Incidencia política, rol Iglesia Logros y expectativas Recomendaciones	Entrevista individual (representante ONG) o grupal Formato de valoración para personas clave <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Comisión Mcpal. Salud	Funcionamiento y composición de la Comisión Plan Mcpal. de salud Incidencia política Rol Iglesia	Entrevista grupal Formato de valoración Gob. Municipal <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos

	Recomendaciones	
PDH, MAGA, etc.	Contextualización, énfasis en mujeres e indígenas Prioridades de trabajo de la institución, relacionado con el tema salud Conocimiento del proyecto?	Entrevista <u>Documentación:</u> recomendaciones
Obispo	Prioridades de salud de la Diócesis (algo) Estructura y funcionamiento Valoración de logros del proyecto Incidencia, rol de la ... Rol Iglesia - Estado Sostenibilidad del proyecto Recomendaciones	Entrevista Formato de valoración Obispo <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Pastoral Social Diocesana	Contextualización Prioridades de salud Diócesis Estructura y funcionamiento de la Pastoral de Salud y Comisión Diocesana de Salud; rol Pastoral Social (a futuro) Incidencia, rol de la ... Rol Iglesia - Estado Valoración de logros proyecto Sostenibilidad del proyecto Retos/recomendaciones a futuro	Entrevista Formato de valoración Responsable Pastoral Social <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Párroco	Contexto Servicios de salud que ofrecen Estructura Pastoral Social/Salud Relación con el proyecto Valoración servicios proyecto Incidencia Recomendaciones	Entrevista Formato caracterización municipio / parroquia Formato de valoración Párroco <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Grupo focal agentes de salud nivel Parroquia	Relación proyecto – Parroquia Servicios del proyecto: conocimiento y valoración, recomendaciones Valoración de los cambios	Matriz servicios – conocimiento – valoración importancia – recomendaciones por servicio Formato caracterización municipio / parroquia Cambios: cuáles se ven en esta Parroquia, cuáles se dieron a partir del trabajo del proyecto? Formato de valoración agentes de salud

		<u>Documentación:</u> servicios, recomendaciones, resumen efectos
Grupo focal promotores	Rol de promotor Efectos/cambios en la comunidad Incidencia VIH (algo)	Símbolos: ¿Qué significa para mi ser promotor? Caracterización del grupo a partir de la sociometría Mejoras de salud - cambios en la comunidad: trabajo en sub-grupos (15'), presentación y profundización a través de preguntas, pausa, priorización con frijoles Dramatización para incidencia (nivel local/COCODE, Gobierno Municipal, MSPAS) "Cómo hacen/ harían para que cumplan con sus obligaciones en salud?" Preguntas finales: Quiénes/cuántos se acercaron a qué espacios? ¿Quiénes son parte del COCODE? ¿Quiénes son/fueron vigilantes/facilitadores? <u>Documentación:</u> fotos, caracterización personas, recomendaciones, resumen efectos
Supervisores	Historia, contexto Hallazgos más interesantes, retos	Entrevista Formato de valoración (cuando son técnicos que no forman parte del equipo del proyecto) <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Grupo focal comunidad	Adónde se dirigen con qué enfermedad Servicios del proyecto: conocimiento e importancia; recomendaciones/mejoras Cambios (hábitos, enfermedades)	Sociometría: Servicios de salud – enfermedades específicas Lista de servicios del proyecto: sacar tarjetas de acuerdo a lo que mencionan; valorar la importancia con frijoles Entrevista sobre calidad de los servicios priorizados Conversación sobre cambios <u>Documentación:</u> importancia servicios, recomendaciones, resumen efectos
Líderes comunitarios	Conocimiento y valoración del trabajo Coordinación con promotores Incidencia	Entrevista <u>Documentación:</u> recomendaciones, resumen efectos
Promotores en la comunidad	Contexto Formación, motivación Coordinación / relaciones VIH, incidencia, violencia intrafamiliar	Entrevista Importancia de los servicios del proyecto (lista equipo proyecto) para sus comunidades (ordenar el juego de tarjetas según la importancia) Formato caracterización comunidad <u>Documentación:</u> importancia servicios, recomendaciones, resumen efectos
Director radio	Calidad programa, datos técnicos	Entrevista

		<u>Documentación</u> : recomendaciones, resumen efectos
Grupo focal radio	Historia Formación como locutores Reacciones comunidad, cambios Sostenibilidad	Dibujar historia de programas radiales Entrevista <u>Documentación</u> : fotos, recomendaciones, resumen efectos

Anexo 12 Listado de preguntas

1. ATENCION MEDICA

Equipo del proyecto

- ¿Cuál creen que es la diferencia entre la atención que brinda la ... [aquí y en adelante, los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes] en relación a la que se brinda en los servicios públicos, privados o de otras organizaciones?
- Fortalezas y debilidades de la atención médica por parte de la ...
- ¿Quiénes son las personas que mas acuden a la atención? ¿Qué problemas de salud se presentan con más frecuencia?
- ¿Han habido cambios en los últimos años en las causas de los problemas de salud que atienden? Cuáles?
- ¿Cómo consideran la calidad del servicio de atención medica que se presta desde la ... tanto de médicos/as como de promotores? Porque lo consideran así?
- ¿Cómo se relaciona el equipo del proyecto y en qué apoya a las clínicas parroquiales?
- ¿Cómo se relacionan el médico/médica del proyecto con los promotores o promotoras para la atención de pacientes?
- ¿Cuál es la relación que tienen con otras organizaciones (públicas, privadas u ONGs) en la atención a pacientes?
- ¿Tienen un sistema de información donde registran toda la atención que se brinda a las personas desde el promotor, clínicas y dispensarios? ¿Consideran que es importante o es mucho trabajo?
- ¿Creen que la ... debería actuar bajo las Normas de atención del Primer y segundo Nivel de Atención del MSPAS? ¿Por qué?
- ¿Cuál es la estrategia de la ... en la atención medica a largo plazo? (Brindar servicios con financiamiento del MSPAS, traslado de promotores al MSPAS, continuar como está?) Por qué?
- Retos para el futuro en la atención médica como ...?

Promotores

- ¿Cuánto tiempo lleva como promotor de salud? Con quién se formó?
- ¿Qué es lo que más le gusta de su trabajo?
- ¿Qué le motiva a trabajar como promotor? (ingreso?!)
- ¿Personas con qué problemas de salud son las que les buscan con mayor frecuencia?
- ¿Personas de cuántas comunidades están atendiendo?
- ¿Cuáles son las principales enfermedades que tratan en la comunidad?
- ¿Qué problemas de salud (enfermedades) consideran que no se pueden tratar en la comunidad? ¿A quién acuden cuando tienen dificultades para la atención de pacientes? ¿A dónde envían a las personas cuando tienen enfermedades graves o es una emergencia?
- ¿Cómo coordina con la clínica parroquial? ¿Qué opina de la calidad de atención en la clínica?
- ¿Qué es lo que más le gusta a la gente que ustedes atienden? Por qué vuelve?
- ¿Qué consideran que deben mejorar como promotor/a para brindar una mejor atención a las personas?
- ¿Consideran que las personas en la comunidad se enferman menos o existe mayor cantidad de enfermedades que antes? ¿Por qué creen que es así?

- ¿Cuáles considera que han sido los principales logros o cambios que se han dado con su trabajo en la comunidad?
- ¿Cuál es la relación que tienen con el médico/médica, con la clínica parroquial?
- ¿Cuál es la relación que tienen con el puesto o centro de salud?
- ¿Conocen y usan las Normas de Atención del Ministerio de Salud?
- ¿Hay otros promotores, o servicios de atención en su comunidad? (Cómo) coordinan?
- ¿Cuál es la diferencia en la atención que brindan ustedes, en comparación con otros promotores de salud de otras organizaciones?
- ¿Qué dificultades ha tenido en su trabajo como promotor? ¿Cuáles de sus tareas/de las expectativas hacia usted le parece más difíciles de cumplir?
- ¿Llevan un registro de los problemas de salud que atienden en su comunidad? ¿Consideran que es importante o es mucho trabajo?
- De aquí a 5 años, ¿cómo y dónde se ve trabajando a sí mismo?
- Atención en VIH/sida?!

Comadronas

- ¿Cuáles son las principales actividades que realizan como comadronas? (En su comunidad, en el municipio)
- ¿Cuáles son los principales logros o resultados que han tenido en su trabajo como comadronas?
- ¿Cuáles son sus principales dificultades o limitaciones que tienen en su trabajo como comadronas? A nivel personal, en las familias, en sus comunidades?
- Digan cuáles son los 5 principales problemas que tienen con las embarazadas, en el parto y con los recién nacidos en el momento de la atención?
- ¿Qué acompañamiento han recibido en su trabajo (por parte del proyecto)? ¿Cómo lo valoran? ¿Qué debería cambiar?
- ¿Qué es lo que más valoran de la capacitación y supervisión que reciben? ¿Qué deberían cambiar?
- En su vida ¿Cuál es el cambio más importante que ha habido a partir de las capacitaciones y acompañamiento que le da el proyecto? ¿A qué otros cambios contribuyó el proyecto?
- ¿Están organizadas como comadronas? ¿Por qué (no)? Creen que esto es importante?

Líderes comunitarios

- ¿Qué es lo que más valoran de la atención médica que brinda la clínica parroquial y la que brindan los promotores/as de salud en su comunidad? ¿Cómo es la aceptación del servicio del promotor en la comunidad (comparado con otros, por ejemplo, terapeuta maya)?
- Observó cambios/mejoras en la situación de salud desde que trabaja aquí el promotor del proyecto? Cuáles?
- ¿En cuanto a la atención médica de la clínica parroquial consideran que existe un buen trato, que el horario de atención y la forma en que son atendidos es buena?
- ¿Consideran que el costo de los servicios de atención médica es razonable, o es difícil para las personas pagarlo?
- ¿Qué diferencia existe entre la atención que presta la clínica parroquial, el promotor de salud de la iglesia y la atención que brindan los otros servicios de salud públicos y privados? Terapeutas mayas?

- ¿Creen que el promotor/a esta bien capacitado para brindar atención médica? En que está bien, en que no está bien?
- ¿Consideran que es necesario que la clínica parroquial, que el promotor/a de salud de la parroquia continúen brindando atención médica? Si, No, Por qué?
- ¿Qué cosas deberían mejorar en cuanto a la atención médica que brindan la parroquia y el promotor de salud?

Grupos beneficiarios

- ¿Adónde se dirigen cuándo tienen un problema de salud? (con qué problema de salud buscan a quién, por ejemplo terapeuta maya / promotor) ¿Por qué?
- ¿Qué opinan de la atención médica que se brinda en la clínica parroquial y la que brindan los promotores/as de salud en su comunidad? Aspectos positivos, aspectos negativos?
- ¿En cuanto a la atención médica de la clínica parroquial consideran que existe un buen trato hacia ustedes, que el horario de atención y la forma en que son atendidos es buena?
- ¿Qué es lo que más les gusta del servicio del promotor en la comunidad? (medicamentos, forma de brindarlo, etc.)
- ¿Qué opinan del costo de los servicios de atención médica?
- ¿Qué diferencia ven entre la atención que presta la Iglesia y la atención que brindan los otros servicios de salud públicos y privados?
- ¿Qué cosas deberían mejorar en cuanto a la atención médica que brindan la parroquia y el promotor de salud?

Personal del MSPAS

- ¿Cuáles son los principales problemas de salud en esta área? Hubo cambios en los últimos años?
- ¿Qué expectativas tiene hacia el trabajo en salud que realiza la ...?
- ¿Cuál considera que es la diferencia entre la atención médica que brinda la ..., el MSPAS y los servicios privados –clínicas, sanatorios-?
- ¿Cuáles son las fortalezas y logros de la ... en cuanto a la Atención Médica, Dispensación de Medicamentos Esenciales y Plantas Medicinales?
- ¿Cuáles son las principales debilidades de la ...?
- ¿Cómo ha sido la comunicación y coordinación entre ustedes y la ...?
- ¿Qué apoyo brindan / reciben ustedes de la ... en el tema de atención a las enfermedades más prevalentes de la región?
- ¿Qué y cuáles han sido las actividades que ha coordinado con la ... en la atención médica y en la disponibilidad de medicamentos?
- ¿Cómo valoran el trabajo de la ... con los Promotores de Salud? Sus principales fortalezas, debilidades?
- ¿Consideran que el servicio que realizan los promotores de salud en las comunidades va a seguir siendo importante en el futuro?
- ¿Considera que la ... impulsa un proyecto estratégico en la promoción de la salud y en cuanto a la atención médica? ¿Por qué (no)?
- ¿La ... promueve una visión integral de atención y promoción de salud? ¿Por qué (no)?
- ¿Usted considera que ... brinda una atención especial acorde con la realidad y las necesidades más importantes de cada grupo de beneficiarios?
- ¿Qué recomendaciones tendría para la ...?

Párrocos, Agentes de salud

- ¿Qué es lo que más valora del servicio de atención médica que presta la clínica?
- ¿Cómo considera la calidad del servicio de la clínica parroquial?
- ¿Cuál considera que es la diferencia entre la atención médica que brinda la ... y la que brinda el MSPAS y los servicios Privados –clínicas, sanatorios-?
- ¿Considera que la clínica y el servicio de atención puede ser auto-sostenibles?
- ¿Qué tipo de personas son las que más acuden a los servicios de atención médica que ofrece la clínica?
- ¿Cuáles son los principales problemas o limitaciones que tienen en el servicio de atención médica en la parroquia/municipio?
- ¿Qué sugerencias tendría para que el servicio de atención médica sea mejor cada día?
- ¿Cuál debe ser la estrategia de la atención médica por parte de la iglesia a largo plazo?

Obispo, Responsable de la Pastoral Social

- ¿Qué fortalezas y debilidades ve en el trabajo de las clínicas médicas de la ...?
- ¿Cuál considera que es la diferencia entre la atención médica que brinda la ... y la que brinda el MSPAS y los servicios Privados –clínicas, sanatorios-?
- ¿Cuál es la estrategia de la Iglesia en el trabajo con la atención médica a largo plazo? (traslado de los servicios al MSPAS?)
- ¿Consideran que las clínicas parroquiales deberían utilizar las Normas de Atención del primero y segundo nivel de atención del MSPAS?

2. MEDICAMENTOS, PRODUCTOS NATURALES

Equipo del proyecto

- ¿Cuáles son las fortalezas de la venta de medicina aquí, en comparación con otros lugares?
- ¿Cuáles son dificultades o limitaciones que tienen para la adquisición y venta de medicamentos?
- ¿Cómo está funcionando la bodega diocesana? ¿Hay una rotación frecuente de medicamentos, tiene buenos ingresos, es sostenible?
- ¿Cuántos de los promotores activos manejan botiquines?
- ¿Cuántos de los promotores activos manejan medicamentos naturales?
- ¿Tienen listados de medicamentos básicos? ¿Cómo han elegido estos medicamentos, han seguido los criterios del MSPAS y o de la OMS?
- ¿Cuántos y qué clase de medicamentos utilizan (los promotores en sus botiquines)?
- ¿Incluyen medicamentos naturales en el listado básico? ¿Cuántos y cuáles?
- ¿Dónde compran los medicamentos? (convenios, “contrato abierto” con precios bajos, compras conjuntas para bajar precios?)
- ¿Cómo deciden, cuánto y cuándo comprar los medicamentos?
- ¿Tienen control sobre la calidad de los medicamentos? En qué consiste? / ¿Por qué no? (¿qué hacen con los medicamentos que están por vencer?)
- ¿Cómo es el precio a que compran los medicamentos? ¿Y cuánto es el precio de venta en las clínicas, farmacias, los botiquines y a la población? (% de ganancia, ¿para qué se usa?)
- ¿Es autofinanciable La venta de medicamentos actualmente? ¿Por qué (no)?
- ¿Cómo monitorean el uso y la venta de medicamentos?

- ¿Por qué el proyecto (no) produce plantas medicinales / medicamentos naturales? Fortalezas y debilidades de estos procesos, si es que los llevan a cabo
- ¿Como ven para el futuro el trabajo de medicamentos en la ...? (proyección, retos)
- ¿Han hecho o han pensado en incidir con respecto a la disponibilidad de / acceso a medicamentos? ¿Efectos?

Medicina natural:

- Determinar el efecto de la formación y capacitación que el equipo Salud Formación imparte a los Educadores Diocesanos de Salud Integral (EDSI) en su persona, familia, comunidad y parroquia.
- Determinar si la metodología y pedagogía usada por el equipo técnico, en la formación es la adecuada según la realidad de los EDSI.
- Determinar que acciones han tenido los EDSI en el mejoramiento de la salud integral en su familia y comunidad.
- ¿Qué beneficios ha tenido la implementación de botiquines comunitarios de plantas medicinas y alternativa en su comunidad.
- Conocer los logros o cambios (el impacto) generado en los pacientes que han recibido atención en el uso de la medicina alternativa en el centro de atención de Caritas.
- Conocer el beneficio de la valoración y el uso de medicina natural en su persona, familia y comunidad.

Técnicos de farmacia

- ¿Desde cuándo existe la farmacia? ¿Con el apoyo de quién se instaló?
- ¿Cuáles son las fortalezas de la farmacia / venta de medicina aquí, en comparación con otros lugares?
- ¿Cuáles son dificultades o limitaciones que tienen para la adquisición y venta de medicamentos?
- ¿Dónde y en qué se capacitó para vender medicamentos en la farmacia? (nivel de capacitación? legalmente instalado?)
- ¿De dónde adquieren los medicamentos?
- ¿Cómo deciden, cuándo y cuánto comprar los medicamentos? (rotación de medicamentos)
- ¿Cómo está relacionada la farmacia con la bodega y los botiquines médicos de los promotores de la ...?
- ¿Considera que los medicamentos y productos naturales que se ofrecen a la población son de bajo costo y de buena calidad? ¿Por qué (no)?
- Producen (cultivan y/o procesan) plantas medicinales? Cuáles?
- En comparación con los medicamentos químicos, cómo es el precio de los productos naturales (mas económico, más caro, igual)?
- ¿Cuál es la aceptación y/o demanda de las personas con respecto a las plantas medicinales?
- ¿Qué enfermedades tratan con medicamentos naturales?
- ¿Qué ventajas observan en el uso de plantas medicinales con relación al uso de medicamentos químicos?
- *Observación directa de la venta de medicamentos; revisión del sistema de registro*

Agentes parroquiales de salud

- ¿Cómo funcionan la farmacia, la bodega, los botiquines médicos en la parroquia? Sostenibilidad?
- ¿Cuál es y cómo funciona la interrelación de la clínica/el dispensario con la farmacia
- ¿Nivel de capacitación de los técnicos de la farmacia?
- ¿Cómo valoran el servicio de venta de medicamentos? Fortalezas, debilidades
- Medicamentos químicos / naturales
- Lecciones aprendidas: ¿Dónde y bajo qué criterios funciona mejor?
- Retos para el futuro

Representantes MSPAS

- ¿Cómo valoran el servicio de venta de medicamentos de la ... en la bodega, las farmacias y los botiquines de medicamentos? Fortalezas y debilidades
- Recomendaciones para el futuro

Promotores de salud

- ¿Cuenta con los medicamentos necesarios para atender a la comunidad?
- ¿Qué monto maneja en medicamentos? ¿Cómo y con el apoyo de quiénes los adquirió inicialmente y los está adquiriendo actualmente?
- ¿Considera que los precios y el tipo de medicamentos son buenos para las personas de la comunidad?
- Rotación de medicamentos; ¿Qué hace con medicamentos que están por vencer?
- ¿Usa medicina natural para la atención de las personas? ¿Cuáles y para qué enfermedades?
- ¿Qué formación han recibido para el manejo de los medicamentos químicos y naturales? ¿De parte de quiénes? (también del MSPAS?)
- ¿Qué le aportó la supervisión? (mejorar conocimiento, trabajo)
- ¿Qué es lo que más valora de la capacitación y supervisión que recibe? ¿Qué debería cambiar?
- ¿Cuáles son los principales logros del botiquín para la atención en la comunidad?
- Para el futuro, ¿qué aspectos se deben mejorar para el funcionamiento adecuado del botiquín?
- ¿Qué proyección tiene como promotor con botiquín médico para el futuro?

Grupos de beneficiarios, líderes comunitarios

- ¿Consideran que el promotor de salud cuenta siempre con los medicamentos necesarios para los problemas de salud que tienen en la comunidad?
- ¿Qué es lo positivo de que exista un botiquín de medicamentos en la comunidad?
- ¿Cuáles cree que son las cosas negativas del botiquín?
- ¿Utilizan plantas medicinales para atender sus problemas de salud? ¿Para qué las utilizan? ¿De dónde las obtienen?
- ¿Por qué utilizan plantas medicinales / medicamentos naturales? (más baratos, más efectivos para la curación de sus enfermedades, culturalmente más adaptados, ...?)
- ¿Con relación a otras ventas de medicina, qué ventajas ven en los medicamentos del botiquín (precios, buenos para curar enfermedades, ...)?
- ¿Qué sugerencias tendría para mejorar el botiquín de la comunidad?

Productores de plantas medicinales

- ¿Desde cuándo se dedican a la producción de plantas medicinales y por qué lo hacen?
- ¿Qué buenos y malos momentos hubo en este tiempo? Fortalezas, debilidades/dificultades
- ¿Quiénes les han capacitado (en qué?) y apoyado para la producción de plantas medicinales y medicamentos naturales? Si fue el proyecto: ¿cómo les pareció la capacitación - ¿qué fue bueno, qué faltó?
- ¿Cuál es el proceso de producción de las plantas medicinales?
- ¿Cómo es el proceso de elaboración de los medicamentos naturales? ¿Quién lo hace?
- ¿Cómo hacen para vender las plantas medicinales y medicamentos naturales? ¿Hay demanda de las plantas?
- ¿El precio de la venta deja ganancia para los productores? (poca, mucha, nada) ¿Han perdido algunas veces, por que?
- ¿Cómo ven la aceptación de las personas y de los servicios de salud (médicos, enfermeras, MSPAS) hacia las plantas medicinales y medicinas naturales? Y en el futuro?
- ¿Qué proyección tienen para el futuro la producción de plantas medicinales? (registro sanitario?)

Observación del jardín de plantas medicinales

- ¿Desde cuándo existe? ¿Por quién / con el apoyo de quién fue instalado?
- ¿Con qué objetivo principal fue instalado? (autoconsumo, rentabilidad, otro?)
- ¿De quién es el terreno? ¿Quiénes están trabajando en el huerto cuidándolo?
- ¿Quiénes son los principales consumidores de las plantas?
- ¿Cómo es el mantenimiento del huerto?
- ¿Está acompañado de secador?
- Tamaño del huerto: ¿Cuánta es la producción del huerto en general, por planta o por época?
- Costos de producción: ¿con relación al precio de venta deja ganancia (rentabilidad)?
- Aspectos positivos y negativos del huerto
- ¿Perspectivas para el futuro con el huerto de plantas medicinales?
- *Tomar nota del número y nombre de plantas*

Si producen medicamentos naturales

- ¿Quiénes producen medicamentos, quiénes los venden?
- ¿Quiénes son los principales compradores? (bodega, farmacias, botiquines?)
- ¿Quiénes son los principales consumidores?
- Técnica de producción: casera, semi-industrializada, industrializada
- ¿Reciben soporte técnico para la calidad? ¿Por parte de quiénes?
- Costos de producción, con relación al precio de venta de medicamentos: ¿dejan ganancia (rentabilidad)?
- ¿Cuánta producción tienen en general, por producto por época?
- Aspectos positivos y negativos de la producción de medicamentos naturales
- ¿Perspectivas para el futuro con la producción de medicamentos naturales?
- *Tomar nota del número y nombres de medicamentos naturales que producen*

3. FORMACION / DESARROLLO DE CAPACIDADES

Promotores

A nivel colectivo

- ¿Cuál es el papel de los promotores de salud en la comunidad? (¿es un líder comunitario?)
- ¿Qué es lo que más valora del proceso de formación? (cursos de capacitación, intercambios, acompañamiento, supervisión, etc.) ¿Qué hace falta?
- ¿Cuáles son los contenidos más importantes y útiles de la formación para cubrir las necesidades de salud de las comunidades?
- ¿A qué se debe la deserción y la permanencia? ¿Cómo cree que se puede superar la deserción?
- ¿Cómo se relacionan los promotores de la ... con los promotores del MSPAS? ¿Debería cambiar en el futuro?
- ¿Qué cambios se han producido en la comunidad con su trabajo?

A nivel individual

- ¿Qué es lo que más valora del proceso de formación? (cursos de capacitación, intercambios, acompañamiento, supervisión, etc.)
- ¿Qué acompañamiento ha recibido en su trabajo? ¿Cómo lo valora? ¿Qué debería cambiar?
- ¿Qué es lo que más valora de la supervisión que recibe? ¿Qué debería cambiar?
- En su vida ¿Cuál es el cambio más importante que ha habido a partir de las capacitaciones?
- ¿Qué cambios se han producido en la comunidad con su trabajo?
- ¿Qué es lo que más le motiva para seguir sirviendo a su comunidad como promotor de salud? ¿A dónde se ve de aquí a 5 años?

Liderazgos comunitarios

- ¿Cuál es el papel de los promotores de salud en la comunidad? (¿es un líder comunitario?)
- ¿Cómo se relacionan los promotores de salud con la organización comunitaria? ¿Cuál es su aporte?
- ¿Cómo considera la calidad del servicio de los promotores de salud en su comunidad?
- En su opinión ¿En qué temas deberían ser más capacitados los promotores de salud?
- ¿Quién presta el mejor servicio: los promotores, las clínicas parroquiales, los Puestos de Salud o los Centros de Salud?
- ¿Qué cambios se han producido en la comunidad con el trabajo de los promotores?
- ¿Qué espera Ud. del trabajo de los promotores de salud? ¿Qué más pueden hacer en las comunidades?

Equipos de proyecto

- ¿En qué consiste el proceso de formación? (talleres, acompañamiento, supervisión, intercambios,)

- ¿Qué debe manejar un promotor bien formado? (buen servicio de atención, registro de pacientes en cuadernos de consulta, temas que debe manejar, ...)
- ¿Cómo son seleccionados las y los promotores que entran al proceso de formación?
- ¿Con qué se compromete un promotor al iniciar la formación?
- ¿Cuáles son las fortalezas y las debilidades del proceso de formación?
- ¿Cuáles son los temas más importantes y útiles del programa de capacitación? Es una ventaja manejar muchos temas de capacitación o deberían especializarse en menos temas? (riesgo de dispersión)
- En su opinión ¿Qué apoyos deberían recibir los promotores de salud?
- ¿Cuál es el papel de los promotores de salud en la comunidad? (¿es un líder comunitario?)
- ¿Cuál es el % de promotores de salud formados que se mantienen por varios años? ¿A qué se debe la deserción y la permanencia? ¿Cuáles son los factores de éxito? ¿Cómo creen que se puede superar la deserción?
- ¿Cuál es la estrategia de la ... en el trabajo con promotores de salud a largo plazo? (traslado de promotores al MSPAS?)
- ¿Qué han pensado y hecho para lograr la sostenibilidad de la formación de los promotores de salud?
- ¿Cuál es la relación de promotores hombres y mujeres? (¿Entre promotores de origen indígena y no indígena?) ¿Qué diferencia ven en el trabajo de promotores hombres o mujeres? ¿Cómo toman en cuenta estas diferencias en la formación?
- ¿Cómo se relacionan los promotores de la ... con los promotores del MSPAS? ¿Debería cambiar a futuro?
- ¿Creen que los promotores de salud de la ... deberían ser formados bajo la normativa del MSPAS? Para la formación de los promotores ¿han incluido el pensum del MSPAS?
- ¿Existe coordinación entre los diferentes proyectos y las ... en la formación de los promotores de salud? ¿Cómo se coordina?
- ¿Qué logros han obtenido los promotores de salud con su trabajo?
- ¿Cómo está funcionando la supervisión de los promotores de salud? ¿Qué se ha logrado a través de ella?
- ¿Cuáles son los retos de la formación de aquí al futuro?

Párrocos, agentes de salud relacionados con la ...

- ¿Cómo considera la calidad del servicio de los promotores de salud?
- ¿Qué logros han obtenido los promotores de salud con su trabajo?
- ¿En qué temas deberían estar más capacitados los promotores de salud?
- ¿Cuál es la motivación de los promotores para seguir ayudando a sus comunidades? ¿Es pertinente el trabajo voluntario de los promotores o deberían recibir un estímulo? ¿por parte de quién?
- ¿Qué espera Ud. del trabajo de los promotores de salud?
- ¿Cómo se articula el trabajo de los promotores a las acciones pastorales de la parroquia?
- ¿Qué coordinación tienen entre los diferentes agentes de salud en la parroquia? ¿Cómo debería ser en el futuro?

Obispo, Responsable de la Pastoral Social

- ¿Qué fortalezas y debilidades ve en el trabajo de los promotores de salud de la ...?
- ¿Qué logros han obtenido los promotores de salud con su trabajo?

- ¿Cuál es la estrategia de la Iglesia en al trabajo con promotores de salud a largo plazo? (traslado de promotores al MSPAS?)
- ¿Es pertinente el trabajo voluntario de los promotores o deberían recibir un estímulo? ¿por parte de quién?
- ¿Creen que los promotores de salud de la ... deberían ser formados bajo la normativa del MSPAS?

Personal MSPAS

- ¿Cómo valoran la formación de promotores que ofrece el MSPAS?
- ¿Conoce la formación de promotores que ofrece la ...? ¿Cómo lo ve?
- Comparando la formación a promotores (guardianes/vigilantes) de salud proporcionada por el MSPAS, ¿cuál es el valor agregado de la formación por la Iglesia? ¿Qué hace la diferencia de la formación de los promotores de la ...?
- ¿Los promotores de salud de la ... están capacitados según las normas propuestas por el MSPAS? ¿Deberían serlo?
- En su opinión ¿En qué temas deberían estar más capacitados los promotores de salud de la ...? ¿Quién debería proporcionar la capacitación?
- ¿Qué espera Ud. del trabajo de los promotores de la ...?
- ¿Cómo considera la calidad del servicio de los promotores de salud en las comunidades?
- ¿Cuál cree Ud. que es la motivación de los promotores de salud de la ... de seguir ayudando a sus comunidades? ¿Qué opina acerca del trabajo voluntario de los promotores de salud de la Iglesia?
- ¿Cómo se relacionan los promotores de la ... con los promotores del MSPAS? ¿Debería cambiar en el futuro?

4. DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL MISMO EQUIPO DEL PROYECTO

- Como equipo de proyecto ¿Qué capacidades les hacen falta desarrollar?
- ¿Cómo les gustaría ser fortalecidos en sus capacidades?
- En el marco del proyecto, ¿Qué es lo posible y realista en cuanto al desarrollo de sus capacidades?
- ¿Qué opinan de las propuestas de formación y asesoría que ofrece MISEREOR? ¿Qué recomendaciones quieren hacer a MISEREOR para el futuro?
- ¿Cómo valoran la capacitación y asesoría de MISEREOR en el tema de orientación a efectos (Javier Morales)?

5. VIH/SIDA

Obispo/Actores estratégicos

- ¿Cuál ha sido el papel de la Iglesia en el tema VIH/sida? ¿Qué se puede esperar de la Iglesia?
- ¿Qué tan importante es que la Iglesia se involucre en éste tema? ¿Cuál es el valor agregado? ¿Qué hace la diferencia del trabajo que pudiera hacer el MSPAS u ONGs?
- ¿Cuáles son los actores claves en la región que trabajan VIH/sida y cómo la ... coordina con ellos? (instancias fuera de la Iglesia)
- ¿Cómo es la coordinación entre las diferentes estructuras eclesiales en este tema?
- ¿Qué resultados se han obtenido a través de la coordinación (dentro de la Iglesia/con otros)?

Equipo del proyecto

- ¿Qué prioridad tiene el tema de VIH/sida en el proyecto? ¿En que se refleja?
- ¿Qué quieren lograr al trabajar el tema? ¿Desde cuándo lo trabajan y qué logros han obtenido?
- ¿Cómo lo trabajan? (Uds. o a través de promotores, liderazgos comunitarios, maestros, jóvenes, otros) Experiencias positivas y dificultades que han tenido.
- ¿Qué papel tienen los promotores en el trabajo con este tema? ¿Los promotores o agentes de salud están debidamente capacitados para trabajar el tema de la sexualidad humana y la prevención de las ITS y VIH/sida de manera culturalmente adecuada? ¿Qué logros han obtenido a nivel local?
- ¿Hay personas especializadas para acompañar a las PVVS? ¿Qué logros han obtenido? ¿Cuentan con un sistema de monitoreo de la atención a las PVVS?
- ¿Cuáles son sus aliados en el trabajo con este tema?
- ¿Cómo coordinan con el Proyecto Vida? Fortalezas y debilidades
- ¿Qué esperan del ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.]? ¿Qué pueden asumir Uds. de esto?
- ¿Qué proyecciones tienen para trabajar el tema en el futuro?

Agentes de salud/párroco

- ¿Qué importancia tiene en su trabajo el tema de VIH/sida?
- ¿Qué apoyos han recibido por parte del proyecto en este tema?
- ¿Qué quieren lograr al trabajar el tema? ¿Quiénes de Uds. lo trabajan y de qué forma? ¿Desde cuándo lo trabajan y qué logros han obtenido?
- ¿Los promotores o agentes de salud están debidamente capacitados para trabajar el tema de la sexualidad humana y la prevención de las ITS y VIH/sida de manera culturalmente adecuada?
- ¿Qué tan importante es que la Iglesia se involucre en este tema? ¿Cuál es el valor agregado?

MSPAS

- ¿Cómo valoran los servicios que el MSPAS ofrece en este tema? ¿Hay otras organizaciones que trabajen el tema en esta región?
- ¿Conoce el trabajo que la ... hace en el tema del VIH/sida? ¿Cómo lo ve?
- ¿Qué opinan acerca de que la Iglesia se involucre en este tema? ¿Cuál es el valor agregado? ¿Qué diferencia hay entre el trabajo que pudiera hacer el MSPAS y las ONGs?
- ¿Están coordinando? ¿En qué? ¿Cómo?
- ¿Qué recomendaciones puede hacer para que la Iglesia mejore su trabajo en el tema del VIH/sida?

Promotores

- ¿Qué importancia tuvo el tema de VIH/sida en su formación de promotor? ¿Cómo se abordó?
- ¿Cómo está trabajando el tema del VIH/sida? Dificultades y retos
- ¿Qué pueden lograr, como promotores, trabajando el tema de VIH/sida? ¿Qué logros/cambios específicos han obtenido?

- ¿Quiénes son sus aliados para trabajar el tema?
- ¿Qué apoyo o acompañamiento necesitan para trabajar mejor el tema?

Liderazgos, beneficiarios

- ¿Tienen información sobre el VIH/sida? ¿Cómo la han obtenido?
- ¿Considera que es importante trabajar el tema en la comunidad?
- ¿Qué deben tener en cuenta los promotores de salud al trabajar este tema en la comunidad?

6. NUTRICION Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Equipo del proyecto

- ¿Por qué (no) trabajan aquí en estos temas?
- ¿Qué tipo de servicios y/o actividades realizan en las comunidades en cuanto a atención materno infantil, nutrición y seguridad alimentaria?
- ¿Desde hace cuántos años la ... está ofreciendo estos servicios a la comunidad?
- ¿Cuántos promotores están abordando estos temas? ¿Cómo se han formado? Fortalezas y debilidades
- ¿Cada cuánto llegan con estos servicios a la comunidad?
- ¿Cuántas mujeres y cuántos niños participan en promedio por comunidad/parroquia? Participación regular?
- ¿Con cuántos grupos de mujeres están trabajando?

Programa materno infantil

- ¿Cuáles son los 5 problemas más graves en salud que tienen las madres y los niños (datos propios y/o de otros)?
- ¿Qué actividades realizan para mejorar la salud materna infantil?
- ¿Qué temas abordan?
- ¿Quiénes más están trabajando PMI aquí en la región? Aliados? Sinergias con otros proyectos de la ...?
- ¿Ha observado cambios en la situación de salud de las madres, los niños y niñas, durante los últimos años? (sigue todo igual, ha mejorado o ha empeorado)? ¿Cuáles son estos cambios? (también no intencionados, por ejemplo, mayor asistencia escolar)
- Si hay mejoras, ¿a raíz de qué consideran que se han dado? (medicamentos, bolsas de alimentos, consejos y pláticas, jornadas de vacunación, proyectos productivos, huertos familiares, servicios del Ministerio de salud, servicios de otras organizaciones, ...)
- Si no hay mejoras, ¿por qué no?
- Retos y proyecciones para el futuro

Monitoreo de peso y talla

- ¿Cómo es de grave la situación de desnutrición en las áreas de su cobertura? (% de población afectada, según datos propios y de otros)
- ¿Cómo llevan el control del monitoreo del crecimiento de los niños, niñas y mujeres en el proyecto y la comunidad (frecuencia, bajo qué criterios y normas (lineamientos del MSPAS?), qué tablas de monitoreo usan)?

- ¿Tienen programa de recuperación nutricional? ¿En qué consiste? ¿A dónde refieren para recuperar a los niños/as desnutridos/as?
- ¿Han observado cambios en la situación de nutrición de niños y niñas, durante los últimos años? (sigue todo igual, ha mejorado o ha empeorado)? ¿Cuáles son estos cambios?
- ¿Llevan las madres por igual tanto a sus hijas mujeres como a sus hijos varones?
- Si hay mejoras, ¿a raíz de qué consideran que se han dado? (medicamentos, bolsas de alimentos, consejos y pláticas, jornadas de vacunación, proyectos productivos, huertos familiares, servicios del Ministerio de salud, servicios de otras organizaciones,)
- Si no hay mejoras, ¿por qué no?
- Retos y proyecciones para el futuro

Seguridad alimentaria

- ¿Qué problemas principales y deficiencias ha observado en la alimentación de las personas que atienden?
- ¿Qué alimentos faltan en la dieta familiar (olla nutricional)? ¿En dónde se surten de los alimentos (mercado, tiendas, huertos familiares, bolsas de alimentos, otros)
- ¿Qué actividades realizan y qué temas abordan para mejorar la situación alimentaria y nutricional?
- ¿Aplican las bolsas de nutrición? En caso positivo: ¿son solo para el niño con desnutrición o para toda la familia?
- ¿Promueven la producción de alimentos a nivel comunitario? ¿En qué forma? (cultivo de alimentos, preparación y utilización de los productos)
- ¿Qué logros o cambios han obtenido con los huertos y qué experiencia negativa ha habido?
- ¿Promueven proyectos productivos para mejorar el acceso a alimentos? ¿Cómo es la experiencia?
- ¿Ha observado en los últimos años cambios en la seguridad alimentaria de las familias y comunidades? (sigue todo igual o ha empeorado)
- Si hay mejoras, ¿a raíz de qué consideran que se han dado? (medicamentos, bolsas de alimentos, consejos y pláticas, jornadas de vacunación, proyectos productivos, huertos familiares, servicios del Ministerio de salud, servicios de otras organizaciones,)
- ¿Quiénes más están trabajando seguridad alimentaria aquí en la región? ¿Aliados? Sinergias con otros proyectos de la ...?
- Retos y proyecciones a futuro

Líderes

- ¿Desde cuándo está atendiendo aquí la ... en temas PMI / nutrición?
- ¿Qué es lo que más valora de este trabajo?
- ¿De qué se enferman las madres y los niños en la comunidad?

Programa materno infantil

- ¿Ha habido muertes de madres y niños menores de 5 años en el último año en la comunidad?
- ¿Ha observado cambios en la situación de salud de las madres, los niños y niñas, durante los últimos años? (sigue todo igual, ha mejorado o ha empeorado)? ¿Cuáles

son estos cambios? (también no intencionados, por ejemplo, mayor asistencia escolar)

- Si hay mejoras, ¿a raíz de qué consideran que se han dado? (medicamentos, bolsas de alimentos, consejos y pláticas, jornadas de vacunación, proyectos productivos, huertos familiares, servicios del Ministerio de salud, servicios de otras organizaciones,)
- Si no hay mejoras, ¿por qué no?
- Ha habido disminución de la mortalidad de niños y madres en la comunidad en los últimos años? ¿Por qué (no)?
- Fortalezas / debilidades del PMI de la ... (¿es suficiente atender niños menores de 5 años?)
- Recomendaciones para el futuro

Monitoreo de peso y talla

- ¿Considera importante el control de peso y talla de los niños/as? ¿Por qué (no)?
- ¿Ha observado cambios en la situación nutricional de los niños? ¿Cuáles?

Seguridad alimentaria

- ¿Hay alimentos que considera que le hace a las familias de la comunidad? ¿Cuáles?
- ¿Qué porcentaje de las familias recibe bolsas de alimentos? ¿Qué opina al respecto? ¿Le parece bien el costo y la calidad de los alimentos?
- ¿Qué opina de las pláticas que se dan a la comunidad sobre el tema nutricional?
- ¿Las madres preparan las comidas y bebidas de forma diferente a como lo hacían antes. En qué consiste la diferencia?
- Fortalezas / debilidades, recomendaciones para el futuro.

Beneficiarios

- ¿Quién ha llegado aquí para apoyar a las madres, los niños y a las familias en temas de nutrición?
- ¿Qué opinan del trabajo de la ...? Fortalezas / debilidades
- Recomendaciones para el futuro

Programa materno infantil

- ¿Cuál es la frecuencia de los encuentros/reuniones con la ...?
- ¿Desde cuándo y cada cuánto tiempo llegan a estas reuniones?
- ¿Qué es lo que más valoran de los encuentros/reuniones con la ...?
- Cuando asisten a las pláticas: ¿De qué les han hablado (higiene, prevención de enfermedades, VIF, VIH/SIDA, otros)?, ¿Qué es lo que más les gusta? ¿Qué no les gusta? ¿En qué les han servido las pláticas de la ...?
- ¿Qué cambios se han podido lograr a través de este servicio?
- ¿Qué le ha parecido el servicio de atención?
- ¿Ha recomendado el servicio a otras personas? (familiares, vecinos, amigos, etc.)

Monitoreo de peso y talla

- ¿Cuanto tiempo hace que asiste a las actividades de peso talla?
- ¿Ha habido mejoras en la salud y el estado nutricional de su hijo/hija en el último año? ¿Cuáles?
- ¿Lleva por igual tanto a las mujeres como a los varones?
- ¿Ha recomendado a otras personas asistir a las reuniones? ¿A quiénes? ¿Por qué?

Seguridad alimentaria

- ¿Hay alimentos que considera que le hacen falta para la alimentación de su familia? Cuáles?
- ¿Reciben bolsas de alimentos? ¿Cuánto cuesta? ¿Qué alimentos contiene? Consideran que el costo es adecuado? ¿Les gusta la calidad de los alimentos? ¿Para cuánto tiempo alcanza?
- Cuando asisten a las pláticas: ¿De qué les han hablado? (preparación de alimentos, nutrición, higiene, proyectos productivos, etc.)? ¿En qué les han servido? ¿Qué es lo que más/menos les gusta?
- ¿Preparan las comidas y bebidas de forma diferente a como lo hacían antes. En qué consiste la diferencia?
- ¿Ha recomendado a otras personas asistir a las reuniones? ¿A quiénes? ¿Por qué?

Obispo, Pastoral Social, Párroco

- ¿Qué opina del trabajo nutricional que realiza la ...? Fortalezas / debilidades
- ¿Qué opina de la entrega de alimentos / bolsas? Estrategia a largo plazo? (dependencia, sostenibilidad)

Representante SESAN, actores del MSPAS

- ¿Cuáles son los 5 problemas más graves en salud que tienen las madres y los niños?
- En comparación con otros lugares, ¿cómo se presenta la situación nutricional / materno-infantil aquí?
- ¿Entregan ustedes alimentos (¿cuáles?) y/o realizan actividades específicas relacionadas con el tema nutrición? ¿Por qué (no)? ¿Quiénes están haciéndolo en esta área?
- ¿Siguen el protocolo de nutrición del MSPAS?
- ¿Existe una coordinación inter-institucional en la región para abordar el tema nutricional?
- ¿Cuál es su valoración sobre las acciones que realiza la ... en cuanto a salud materna-infantil, nutrición y seguridad alimentaria? Logros, fortalezas, debilidades.
- ¿Considera que la ... impulsa un proyecto estratégico en la atención materna infantil, de nutrición y seguridad alimentaria?
- ¿Cree que la ... brinda una atención especial acorde con la realidad de cada grupo de beneficiarios? (según edad, sexo, estrato social, pertinencia étnica, etc.)
- ¿Cómo ha sido la coordinación de actividades entre ustedes y la ...? (información, capacitaciones, acciones para la seguridad alimentaria, etc.)
- ¿Qué recomendaciones tendría para la ...? (en cuanto a su trabajo de atención materno-infantil, nutrición y seguridad alimentaria)

7. INCIDENCIA POLÍTICA

Personas clave conocedoras del sistema de salud a nivel departamental: ONG, Obispo, Coordinación Pastoral Social, Consejo Dptal. de Salud

Preguntas generales

- ¿Cuáles son las posibilidades y límites para realizar trabajo de incidencia en la región?
- ¿Qué buenas prácticas y experiencias exitosas existen que llevaron a efectos/cambios interesantes? ¿Cuáles fueron los factores de éxito?
- ¿Con qué objetivo hacen /se hace la incidencia política (¿qué buscan?)
- (Para que el Gobierno ajuste sus servicios de salud resolviendo los problemas más inmediatos
- Para que el Gobierno nacional/local aumente el presupuesto y lo distribuya equitativamente
- Para una mayor calidad y cobertura de servicios de salud a largo plazo
- Otra finalidad:.....)

- Según su punto de vista, ¿sobre qué temas / aspectos se debe hacer incidencia política? (por ejemplo, disponibilidad de medicamentos a precios accesibles)
- ¿Cuál es la mejor forma de hacer incidencia política? ¿Qué no funciona?
- (Desarrollo de capacidades en líderes (para que realicen acciones, participen en espacios y hagan monitoreo y auditoría)
- Participación en planes y políticas de salud (para que el Gobierno los implemente)
- Fomento de espacios de coordinación e incidencia (para que las estructuras establecidas por ley funcionen)
- Promoción y movilización a través de medios, campanas, etc.

- ¿Están realizando la incidencia política de forma planificada y sistemática, o están respondiendo más bien a coyunturas?
- ¿En qué nivel promete ser más exitosa la incidencia: a nivel local, municipal, departamental o nacional? ¿Por qué? ¿Cuáles son temas más locales/regionales, cuáles más nacionales para la incidencia?
- ¿Cómo ven la necesidad/posibilidad de realizar incidencia alrededor de una nueva ley de salud?
- ¿Qué dificultades y/o retos específicos existen con respecto a procesos de incidencia en la región del proyecto? ¿Cómo pueden ser superados?
- ¿Qué se podría lograr realísticamente haciendo incidencia en esta región? ¿Y en qué tiempo?
- ¿Cuáles son los principales aliados para realizar incidencia exitosa aquí en la región? (dentro y fuera de las estructuras eclesiales)

Incidencia y rol de la Iglesia

- ¿Cuál es el rol de la Iglesia católica en incidencia política sobre temas de salud? (en comparación con el rol de otros actores)
- ¿Existe un “modelo” de salud que una a los actores de Iglesia y les permita hacer una incidencia más efectiva? ¿Debería existir?

- ¿Qué piensa sobre realizar incidencia hacia adentro de la Iglesia católica, buscando fortalecer las estructuras ... (para mejorar los servicios de salud de la Iglesia católica, para incidir más coordinada y efectivamente) ¿Cómo y con quiénes sería?
- ¿Cómo valora la repartición de roles y funciones entre proyectos locales apoyados por MISEREOR, ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] para hacer incidencia?
- ¿Sirve la ... como plataforma para hacer incidencia política (por qué /por qué no)?

Equipo del proyecto

- ¿Qué importancia tiene el tema incidencia en el trabajo del proyecto? ¿En qué se refleja?
- ¿Con qué objetivo principal se hace incidencia, qué quieren lograr?
- ¿Qué hicieron /están haciendo (temas)? De qué manera? ¿Qué lograron/no lograron?
- ¿A qué líderes se formó en el tema incidencia política, y con qué efectos?
- ¿Qué rol tienen los promotores de salud para incidencia política? Participan en COCODEs, Comides, Consejos Municipales/Dptales. de Salud? ¿Cuántos de ellos? ¿Experiencias?
- ¿Qué lograron los promotores haciendo incidencia a nivel local?
- Comparando esta región con otros lugares, ¿cuáles son las condiciones específicas para hacer incidencia política (dificultades, oportunidades)?
- ¿Principales aliados del proyecto para el tema incidencia?
- ¿Cuál es el nivel prioritario (local, municipal, departamental, nacional) para incidir como proyecto?
- ¿La ... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] es un medio interesante para hacer incidencia política como Iglesia católica? ¿Cómo coordinan con ella – fortalezas y debilidades? ¿Qué esperan de la ...? ¿Qué pueden asumir ustedes mismos de esto? ¿Cómo podría aprovecharse aún mejor la ... para el tema incidencia?
- ¿... [los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.] es un medio interesante para hacer incidencia política en el tema VIH-sida? ¿Cómo podría aprovecharse aún mejor?
- ¿Cómo funciona la Red Sur-Occidente para hacer incidencia en el tema VIH-sida?
- Ideas para el futuro con respecto a la incidencia política en el marco del proyecto

Representantes Área de Salud, estructuras del MSPAS

- ¿Qué opina de que la Iglesia católica a través de proyectos de salud esté realizando actividades de incidencia política?
- ¿Conoce el trabajo de incidencia que realizan? ¿Cómo lo ve?
- ¿Formarían alianzas con la Iglesia para hacer incidencia política? ¿Por qué (no)?
- ¿Qué se puede lograr haciendo incidencia? ¿Cuál es la mejor forma para incidir?
- ¿Con respecto a qué temas sería prioritario hacer incidencia desde la sociedad civil?
- ¿A qué nivel (local, municipal, departamental, nacional) sería más importante que lo realice (para que mejoren la calidad y la cobertura de los servicios de salud)?

Párroco

- ¿Qué opina de que la Iglesia católica a través del proyecto de salud esté realizando actividades de incidencia política?
- ¿Conoce el trabajo de incidencia que realizan? ¿Cómo lo ve?

- ¿Qué prioridad tiene para Ud. el trabajo en incidencia política?
- De acuerdo a su punto de vista, ¿qué es lo que el proyecto logró haciendo incidencia?
- ¿Qué más se puede/podría lograr haciendo incidencia? ¿Cuál es la mejor forma para incidir?
- ¿Con respecto a qué temas sería prioritario hacer incidencia desde la sociedad civil?
- ¿A qué nivel (local, municipal, departamental, nacional) sería más importante que lo realice (para que mejoren la calidad y la cobertura de los servicios de salud)?

Grupo focal agentes de salud Parroquia

- ¿Qué prioridad tiene el tema incidencia política para ustedes? ¿En qué se refleja?
- ¿Qué se hizo/se está haciendo (temas, formas de incidencia)?
- ¿Con qué objetivo principal se hace?
- ¿Qué (no) se logró a través de este trabajo?
- ¿Condiciones específicas en esta región para el tema incidencia política?
- ¿Principales aliados para el tema incidencia en esta región?
- ¿Cuál es el nivel prioritario (local, municipal, departamental, nacional) para hacer incidencia?
- Ideas para el futuro con respecto a la incidencia política en el marco del proyecto

Promotores, COCODEs

- ¿Qué importancia tuvo el tema “incidencia política” y “derecho a la salud” en su formación como promotor/a? ¿Cómo se abordó?
- ¿Qué pueden hacer como promotores para incidir en las políticas públicas? ¿En qué temas? ¿Qué les ayuda / ayudaría para hacer incidencia?
- ¿Qué apoyo y/o acompañamiento necesitan/necesitarán y de quiénes para poder incidir y exigir su derecho?
- ¿Quiénes son los que a nivel local más inciden en temas de salud? ¿Son aliados de ustedes?
- ¿Cuáles fueron logros interesantes de hacer incidencia política aquí/en su comunidad/parroquia?
- Ideas para el futuro con respecto a la incidencia política

Beneficiarios/líderes comunitarios, COCODEs

- ¿Qué pueden hacer / qué han hecho para ser atendidos mejor en salud? (derecho a la salud)
- ¿Qué le exigirían al Estado, qué a la Iglesia en el tema salud?
- ¿Quiénes les están apoyando para que se cumpla su derecho a la salud? Rol de los promotores de salud / otros líderes para exigir cumplimiento al derecho a la salud?

8. ESTRATEGIA DE INFORMACION Y COMUNICACION

Técnicos (que desarrollan los programas radiales)

- ¿Con qué criterios eligen a las radioemisoras para la transmisión de los programas de radio? (filosofía compartida)
- ¿Han recibido formación/capacitación específica para desarrollar los programas?

- ¿Cómo se relacionan los programas radiales con los demás servicios ofrecidos por la ...?
- ¿Cuánta es la audiencia de los programas? ¿A quién se dirigen los programas? (género, interculturalidad) ¿Hay programas específicos dirigidos a las diferentes audiencias? ¿Se consideran las diferencias culturales?
- ¿Existen programas de radio con micrófono abierto? ¿Cómo participa el público?
- Para Uds. ¿Cuáles son los principales temas de los programas de radio?
- ¿Cuáles son los temas/programas más escuchados/solicitados por la audiencia? ¿Por qué?
- ¿Las principales dificultades? ¿Los principales aciertos?
- ¿Qué cambios y/o reacciones se han producido, atribuibles al trabajo en comunicación e información?

Grupos comunitarios

- ¿Conocen el programa de radio de la ...? ¿Quién en la familia es la persona que más escucha estos programas? ¿Con qué frecuencia los escuchan? ¿Les parece adecuado el horario y los días?
- ¿Qué les gusta más de los programas de radio de la ...? ¿Qué es lo que más recuerdan de los programas de la ...?
- En su opinión ¿Los temas de los programas de radio son útiles y se pueden aplicar en la vida diaria?
- ¿Qué cambios pueden identificar en la comunidad que hayan sido provocados por los programas de radio?
- ¿Son claros los contenidos o son difíciles de entender?
- ¿Sobre qué otros temas de salud les gustaría oír en la radio?
- ¿Qué recomendarían para mejorar los Programas de radio de la ...?

Agentes de salud (promotores de la ..., personal del MSPAS)

- ¿Qué opinan de los programas radiales? (fortalezas y debilidades)
- ¿Qué recomiendan para mejorar los programas?

Dueños de medios

- ¿Qué opina de la calidad y los efectos de los programas de radio en salud de la ...?
- ¿Considera que la duración y frecuencia de los programas es la adecuada? ¿Es el mejor horario para los fines del programa?
- ¿Cuáles creen que son los elementos que hacen que un programa de salud sea escuchado?
- En su opinión ¿Los temas de los programas de radio de la ... son útiles y se pueden aplicar en la vida diaria?
- ¿Qué debería mejorar la ... en los programas de radio?
- ¿Cuánta es la audiencia de los programas?
- ¿Cuáles son los temas/programas de la ... más escuchados/solicitados por la audiencia?

Equipo del proyecto

- ¿Cómo están trabajando el tema salud en comunicación e información? (radio, otros medios, campañas, publicaciones, charlas)
- ¿Qué les ha dado mejores resultados? Factores de éxito
- ¿Qué efectos y/o reacciones se han producido, atribuibles al trabajo en comunicación e información?
- ¿Cómo se relacionan los programas y las campañas con los demás servicios ofrecidos por la ...?
- ¿Cuáles son las proyecciones para ésta área de trabajo de la ...?
- ¿Hay intercambio de experiencias en comunicación y materiales entre los diferentes proyectos de ...?
- ¿Coordinan con programas radiales del MSPAS? ¿En qué? ¿Cómo?

Anexo 13 – Matriz de servicios

No.	Nombre Contraparte	Atención Médica			Medicamentos Químicos			Medicina Natural			Desarrollo de Capacidades			Información y Comunicación					Incidencia Política			VIH/Sida		Fomento de la Seguridad Alimentaria		Programa materno infantil	Infraestructura saneamiento básico
		Consulta médica directa por el proyecto	Atención médica a través de promotores	Atención indirecta a través de clínicas	Gestión de la bodega archidiocesana	Farmacias parroquiales	Botiquines comunitarios	Elaboración directa por el equipo del proyecto	Elaboración medicamentos y productos	Venta de medicamentos y/o productos naturales	Formación promotores	Supervisión de promotores	Buscar reconocimiento para promotores	Programas radiales, spots	Otros medios de comunicación	Charlas escuelas	Charlas comunidades	Campanas, eventos, celebraciones de días	Fomento de la participación ciudadana	Fomento de espacios de coordinación	Participación en planes y políticas	Atención médica y/o social	Prevención VIH/Sida	Producción y venta de alimentos	Entrega de alimentos a población beneficiaria		
1			X			XX	XX		No		X	X	X	otros fondos		X		XX	X	X		X	X				
2										No				X	No		X	X	X	X							
3		X	X	XX	XX	X	(X)		XX	XX	XX	(X)	antes	X			X	X	No	X	No	X		X	XX		
4		X	XX	No		X-XX	XX		X	X	XX	X	XX	antes		X	XX	X	XX	XX	X		X			X	
5		otros fondos		XX				No	X	X	XX	X		XX	XX	XX	X	XX	XX	XX	XX	XX		otros fondos			
6											XX	X		XX	X		XX	XX	XX	X						XX	
7		X	X			XX	XX	XX	X	X	XX	XX	antes			X	X					X					
8		XX	XX	XX	XX	X	XX			X	XX	XX	antes	XX		X	X	XX	X		X	X		otros fondos	otros fondos		
9				X		X			XX	XX	X	(X)		XX	X	X	X	XX			No	X	XX				

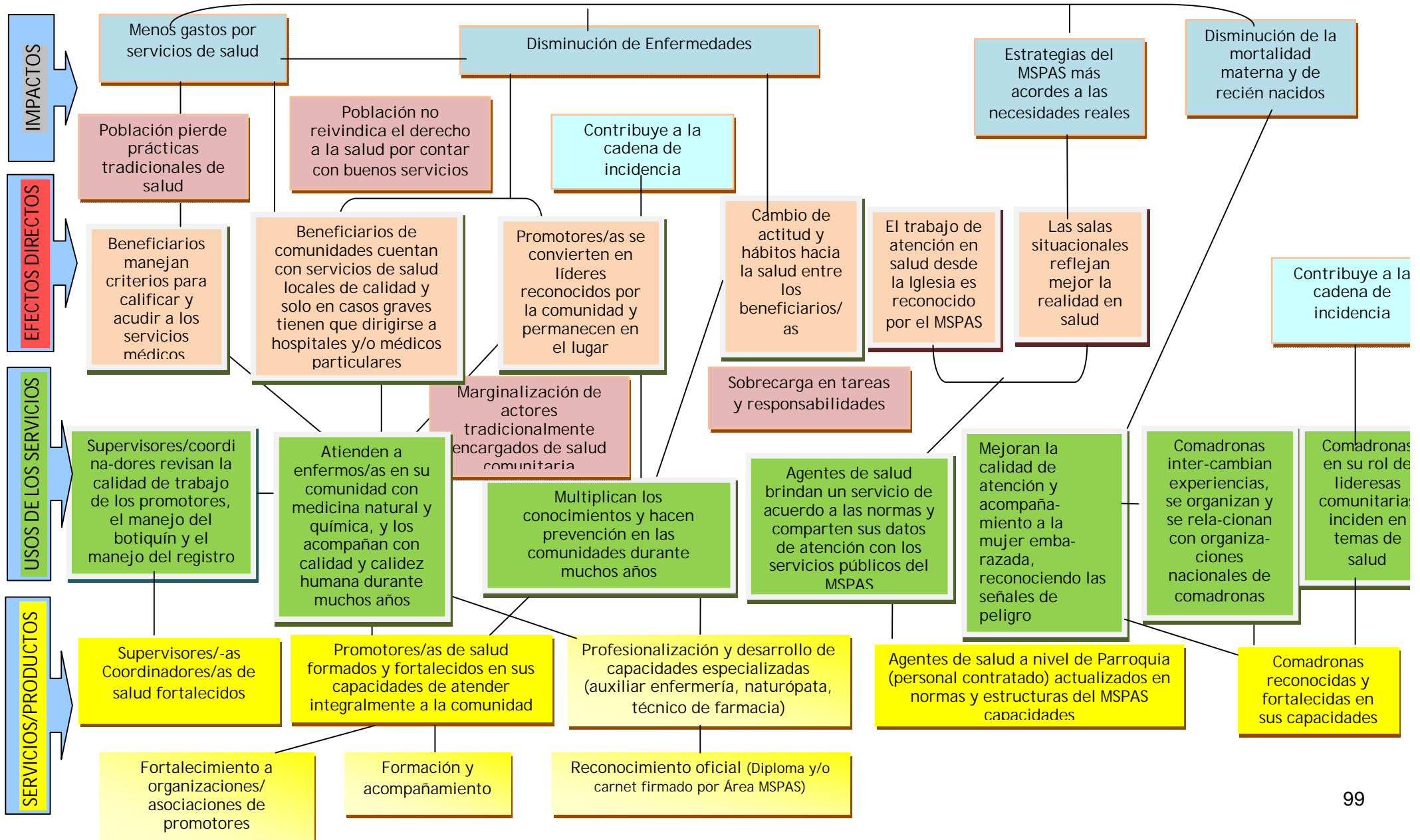
Nota: Donde dice "No", el equipo del proyecto había dicho que trabajaba esta línea, pero el equipo evaluador no encontró experiencias significativas.

Los nombres fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.

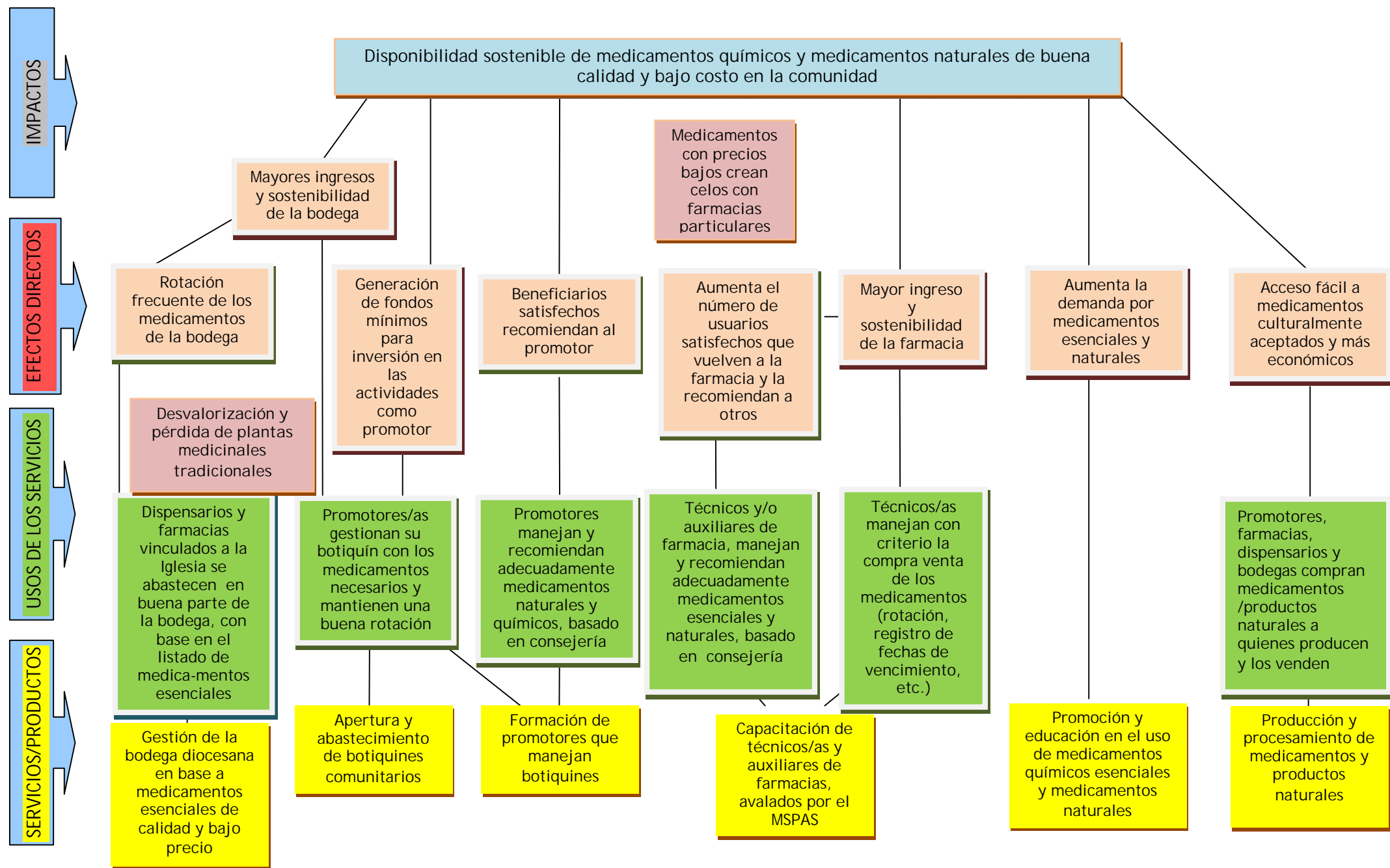
Anexo 14 – Cadenas de efectos

CADENA ATENCION Y PREVENCIÓN

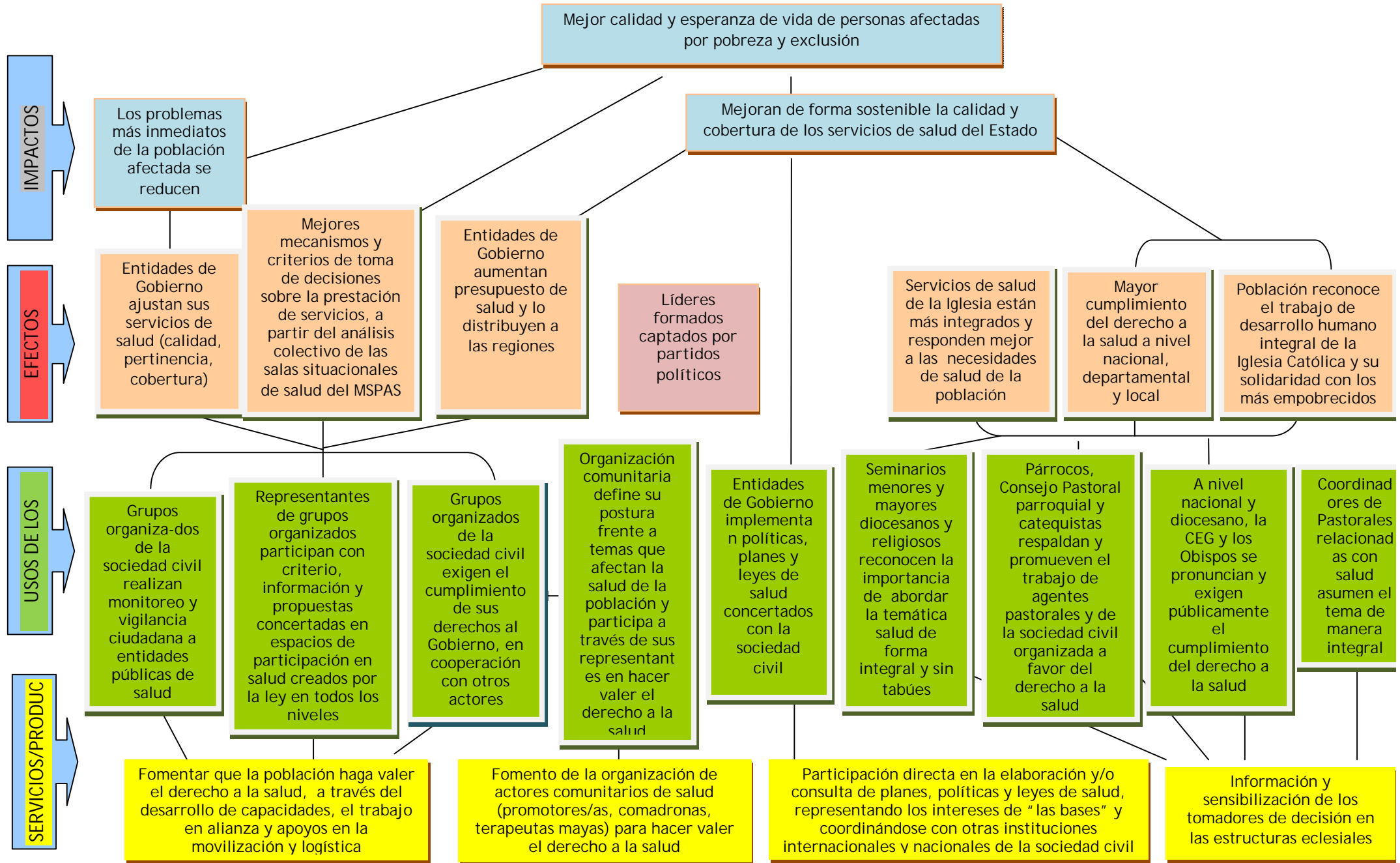
Mejor calidad de vida a nivel de la comunidad



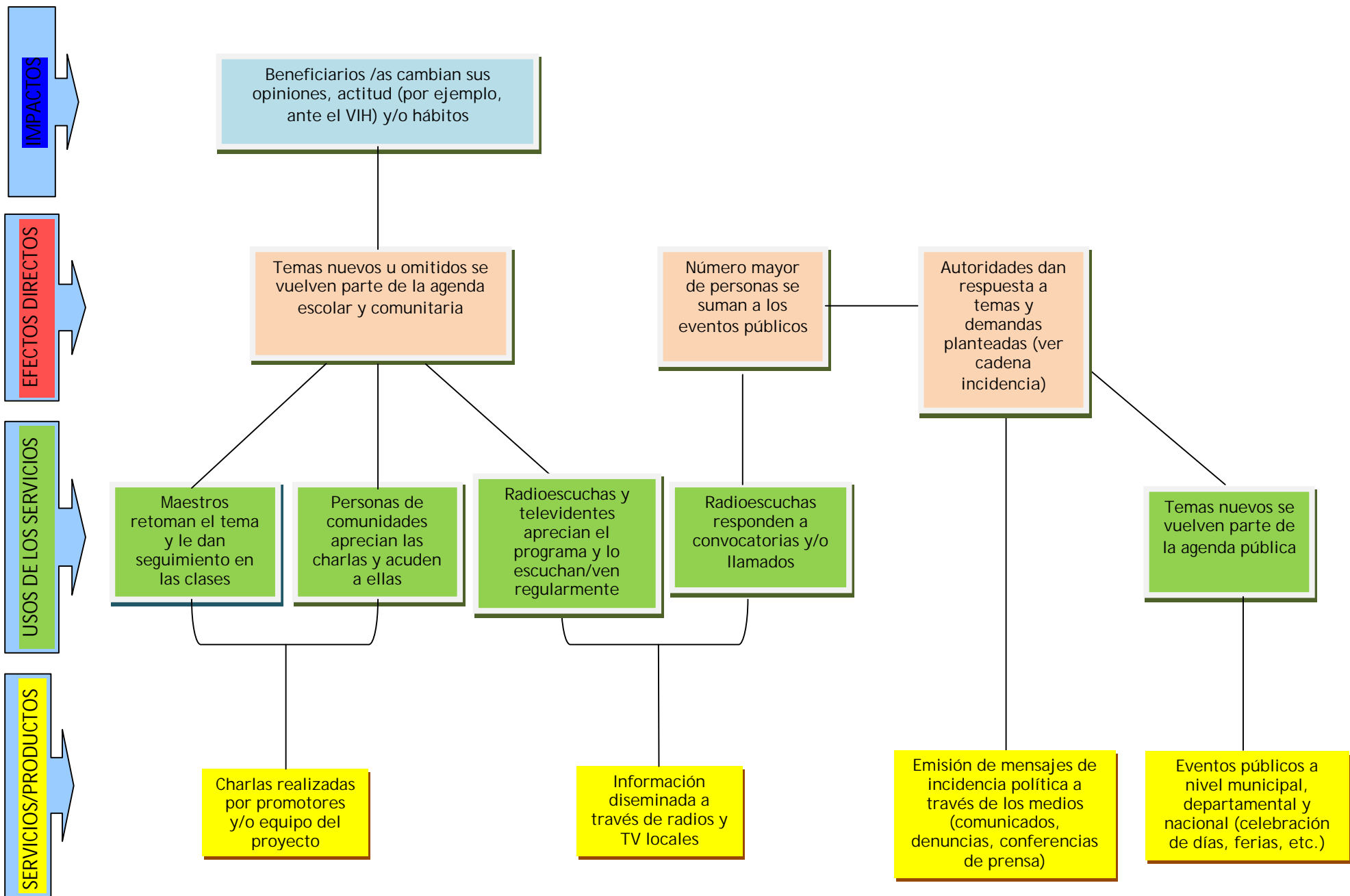
CADENA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS



CADENA INCIDENCIA

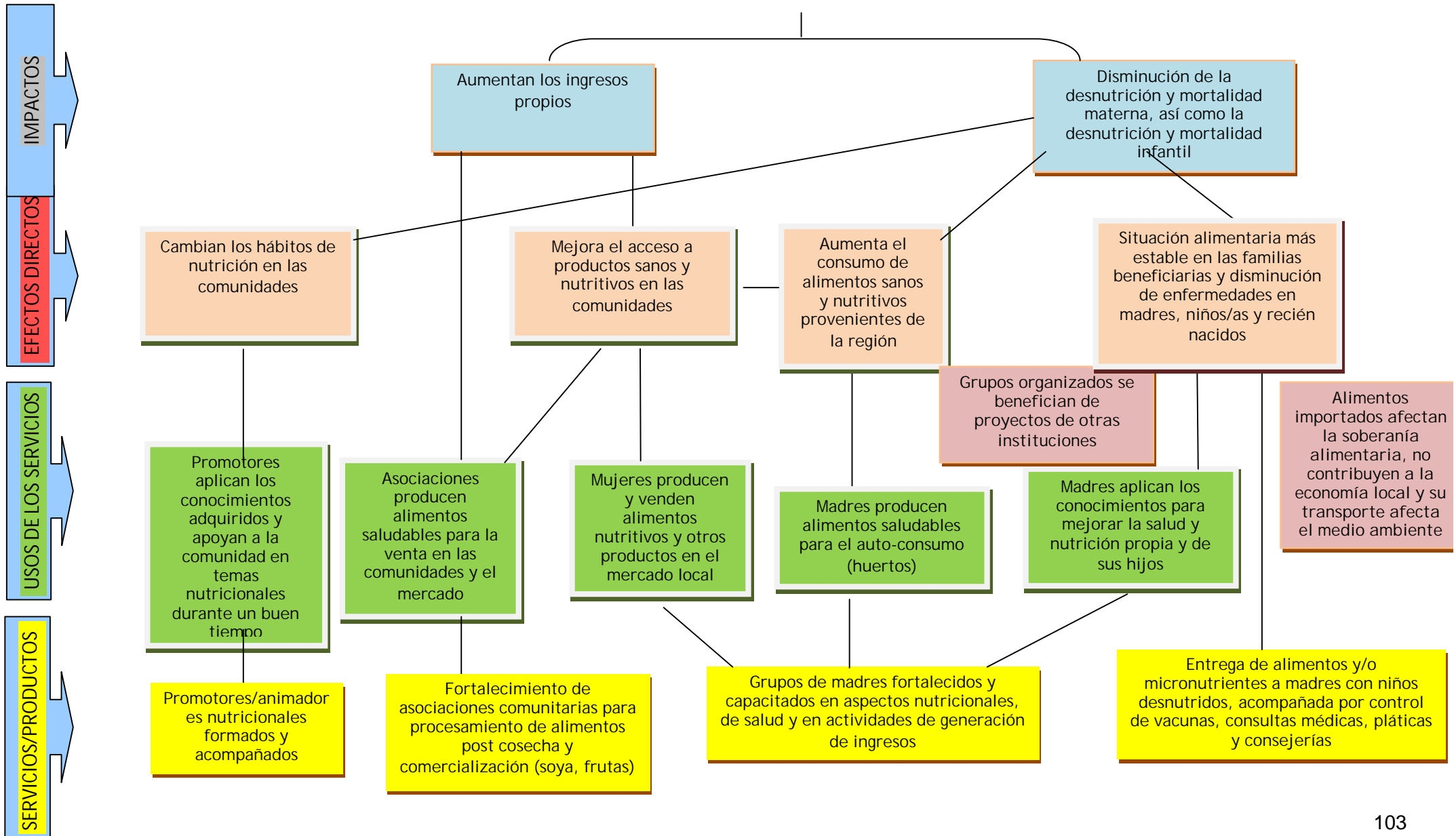


CADENA INFORMACION Y COMUNICACION

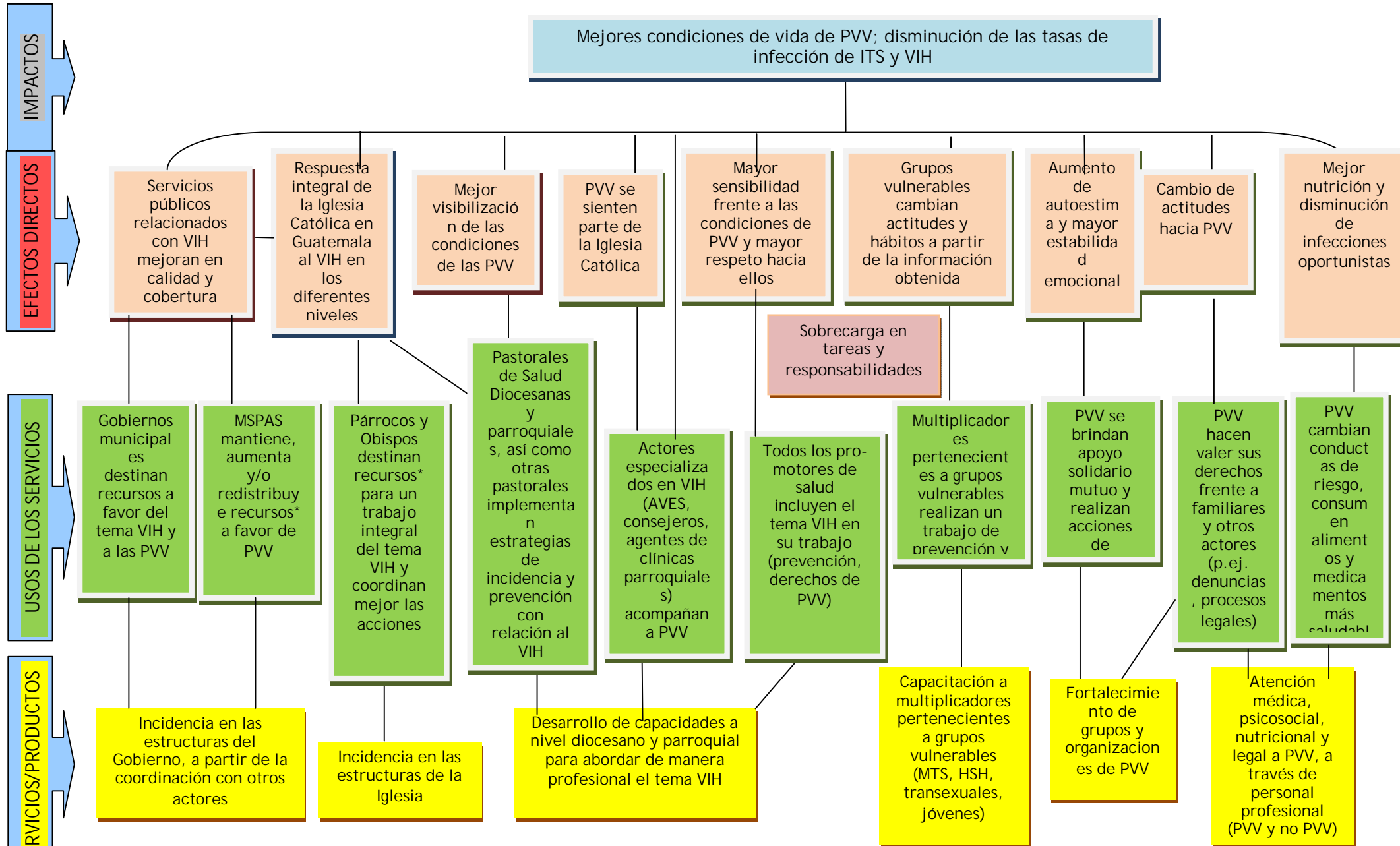


CADENA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Mejor calidad de vida a nivel de la comunidad

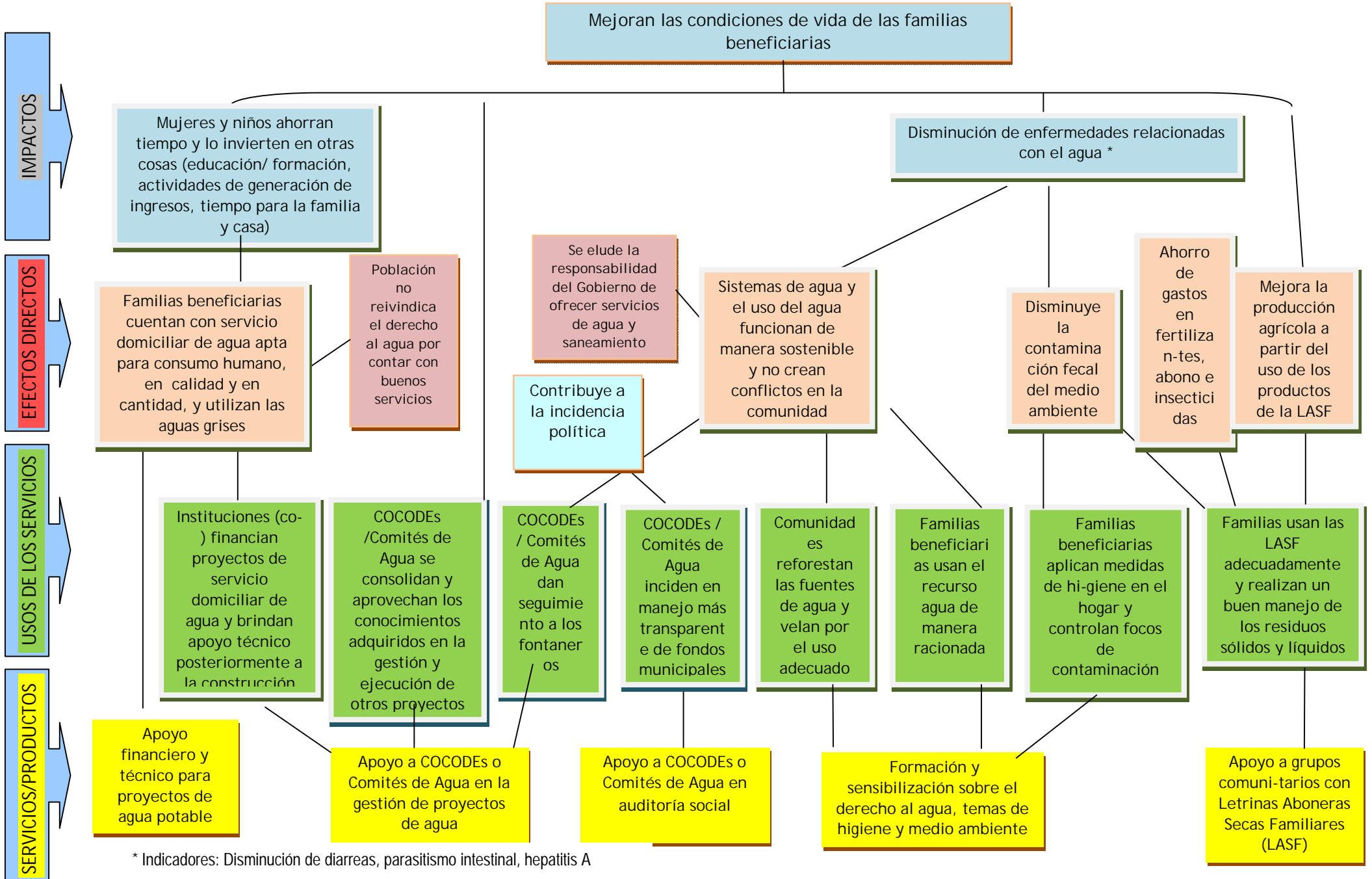


CADENA VIH



*Recursos: humanos, financieros, materiales, espacios físicos

CADENA AGUA Y LETRINIZACIÓN



Anexo 15 – Objetivos de Desarrollo del Milenio

Guatemala como parte de la Organización de Naciones Unidas, está suscrito al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de los cuales se han tenido algunos avances, pero con un ritmo todavía insuficiente y, en algunas categorías, insatisfactorio para lograr estos estándares de desarrollo. Con respecto a los avances en las metas del sector salud se presenta el siguiente cuadro.⁴⁶

Objetivos	Metas	Avance
Erradicar la pobreza extrema y el hambre	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario. - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre. - Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes. 	<p>La pobreza, al igual que la falta de empleo⁴⁷, persiste con índices altos, por lo que el país no se encuentra en trayectoria y de prevalecer la tendencia observada, no alcanzaría la meta.</p> <p>La hambruna y la desnutrición crónica están muy altas, por lo que el país presenta un retroceso, estancamiento y no muestra progreso hacia la meta.</p>
Reducir la mortalidad de la niñez	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años 	<p>La mortalidad permanece alta, por lo que el país no se encuentra en trayectoria y, de prevalecer la tendencia observada, no alcanzaría la meta.</p>
Mejorar la salud materna	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes 	<p>La mortalidad materna es muy alta, por lo que el país presenta un retroceso con respecto a lo logrado en 2005, por lo tanto no muestra progreso hacia la meta.</p>
Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA - Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten. - Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves 	<p>Aunque el acceso a antirretrovirales en el país se calcula en 69.4% de la población afectada y que lo necesita, la prevalencia del VIH/SIDA para la población de 15 a 49 años se ha mantenido inalterable y con una fuerte asociación a la tuberculosis, por lo que el país no se encuentra en trayectoria y, de prevalecer la tendencia observada, no alcanzaría la meta. En el 2009 se presentó un aumento de casos de Paludismo con varios brotes a nivel nacional, por lo que el país no se encuentra en trayectoria y, de prevalecer</p>

⁴⁶ Datos de base para el análisis tomados de: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República de Guatemala (SEGEPLAN): Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, Guatemala 2010 (<http://www.segeplan.gob.gt/downloads/ODM>) y del documento CEPAL: El progreso hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio, los desafíos y las orientaciones de política para la región, sobre la base de información contenida en el anexo estadístico 2010.

⁴⁷ Siete de cada diez guatemaltecos no tienen un trabajo formal. 3.2 millones de guatemaltecos no tienen empleo formal. CIEN. Guatemala, abril 2011.

		la tendencia observada, no alcanzaría la meta.
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente. - Haber reducido considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010. - Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. 	Al contrario, Guatemala está viviendo un aumento rápido de la degradación del medio ambiente por la expansión de productos de agro exportación y mega proyectos energéticos. El acceso al agua entubada es aún deficiente y mucho mayor es la ausencia de sistemas de saneamiento básico (53%), por lo que el país no se encuentra en trayectoria y, de prevalecer la tendencia observada, no alcanzaría la meta.

Evaluar el logro de los ODM mediante las tendencias de los indicadores de salud puede conducir a conclusiones erradas porque las tendencias son sensibles a otros factores de carácter económico y social que afectan la trayectoria del indicador. Por otro lado, los indicadores de salud a nivel nacional no son una buena señal del estado de salud de todos los guatemaltecos, porque existe una significativa desigualdad de estos indicadores en el interior del país, donde se evidenciaron fuertes disparidades en las tasas de mortalidad infantil, en la razón de mortalidad materna y en las tasas de desnutrición. Además, cuando se compara por grupo étnico, la población indígena posee indicadores tres veces mayores a los posee la población no indígena. Los indicadores del progreso de Guatemala señalan que el tiempo que tomaría mejorar las condiciones de vida (conforme a los ODM) de los indígenas es de 83 años, mientras que para los no indígenas es de 23 años. Por esta razón, es de suma importancia priorizar la reducción de las brechas (desigualdad) de los indicadores de salud en el interior del país⁴⁸.

⁴⁸ USAID: Análisis del progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para salud en Guatemala, mayo 2006.

Anexo 16 – Cuadro comparativo “Factores de éxito de los proyectos evaluados”

Proyecto	Particularidades	Efectos logrados en los últimos 5 años (beneficios para población en desventaja)	Permanencia del equipo del proyecto	Preparación profesional del equipo para los temas que trabaja	Diseño del proyecto corresponde a las condiciones y los recursos disponibles	Pertinencia del trabajo (corresponde a necesidades principales de la población)	Énfasis en fortalecer la estructura de la ...	Permanencia del proyecto en los mismos lugares con la misma población	Enfoque metodológico bien definido y comprobado	Coordinación con el MSPAS y/u otros actores relevantes del sector público	Experiencias y mejores prácticas que pueden servir de modelo para otros
...	Formación y servicios a través de programas socios (intermediarios)	X	X	X-XX	X-XX	X-XX	No aplica	X-XX	XX X (VIH)	X	Proceso de formación básica de promotores y comadronas Encuentros departamentales de comadronas
...	...	(X)	No aplica (Proy. de 22 meses)	XX-XXX	X	X	XX-XXX	No aplica	X	(X)	Coordinación con ONGs en incidencia política
...	Énfasis en fortalecimiento institucional Trabajo con/a través de clínicas parroquiales Territorio extenso	X-XX	XX	XX-XXX	X	XX	XXX	X-XX	X-XX	Xela: X-XX Toto: -	Cooperación con clínicas parroquiales Abordaje integral de salud con grupos de mujeres (combate la desnutrición) Medicina natural
...	Equipo del proyecto son promotores Área geográfica delimitada y dividida en 6 regiones	XX-XXX	XXX	X-XX	XXX	XXX	X	XXX	XX-XXX	XXX	Proceso de formación, acompañamiento y supervisión de promotores y comadronas Reconocimiento MSPAS de la formación y práctica (carnet, diploma, pasantías) Comisión de monitoreo de servicios públicos de salud

Proyecto	Particularidades	Efectos logrados en los últimos 5 años (beneficios para población en desventaja)	Permanencia del equipo del proyecto	Preparación profesional del equipo para los temas que trabaja	Diseño del proyecto corresponde a las condiciones y los recursos disponibles	Pertinencia del trabajo (corresponde a necesidades principales de la población)	Énfasis en fortalecer la estructura de la ...	Permanencia del proyecto en los mismos lugares con la misma población	Enfoque metodológico bien definido y comprobado	Coordinación con el MSPAS y/u otros actores relevantes del sector público	Experiencias y mejores prácticas que pueden servir de modelo para otros
...	Personería jurídica No trabaja a través de voluntarios Varias agencias financieras	XX-XXX	XX-XXX	XX-XXX	XX	XXX	X-XX	XX	XX-XXX	XXX	Enfoque integral para abordar el tema VIH Fortalecimiento de una red de coordinación inter institucional (público privado) Empoderamiento de población marginalizada (PVV) Incidencia política
...	Proyecto de infraestructura con componente social	XX-XXX	XX-XXX	XX-XXX	XXX	XXX	-	XX-XXX	XXX	XX-XXX (MSPAS, MARN, SEGEPLAN, unidades técnicas Gob. municipal)	Gestión e implementación de proyectos de agua (estrategia de salida) Letrina abonera seca familiar Fortalecimiento a COCODEs y comités
...	Pocas líneas de trabajo	X-XX	X-XX	X	XX	XX	-	XX-XXX	X	-	
...	Dos regiones diferentes se abordan desde dos sedes (descentralización) ...	XX-XXX	XXX	XX-XXX	XXX	XXX	X	XXX	XX-XXX	X-XX	Proceso de formación, acompañamiento y supervisión de promotores Manejo de bodega y botiquines
...	En salud solo trabaja medicina natural Énfasis en formación, más que en servicios Trabajo a través de comisiones parroquiales	X-XX	X-XX	X-XX	X	X	XXX	X-XX	X	X	Fortalecimiento Asociación de productores MUESES (soya, pos cosecha de fruta) Medicina natural Clínica Maxeña Agroecología

... = Los datos fueron eliminados para dar anonimidad a nuestras organizaciones contrapartes.