

## **INFORME FINAL**

### **Evaluación Final del Proyecto “Fortalecimiento del Sistema Comunitario de Salud e Higiene de niñas y niños indígenas en las comunidades del cantón Guamote. (Ecuador)”**

25 de Enero de 2016

**Organización: Plan Internacional España**

**Financiador: Generalitat Valenciana. Número de expediente: 1100/2012**

**Entidad evaluadora: Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH)**

c/Jaén 13. Local.  
(28010) Madrid  
España  
Teléfonos.:+34 91 3771498  
Sitio web: [www.iecah.org](http://www.iecah.org)

#### **Equipo de evaluación**

Francisco Rey Marcos [francisco.rey@iecah.org](mailto:francisco.rey@iecah.org)

Cecilia Delaney [evaluacion@iecah.org](mailto:evaluacion@iecah.org)

## ÍNDICE

INFORME PRELIMINAR.....	1
Evaluación Final del Proyecto "Fortalecimiento del Sistema Comunitario de Salud e Higiene de niñas y niños indígenas en las comunidades del cantón Guamote. (Ecuador)" .....	1
Financiador: Generalitat Valenciana. Número de expediente: 1100/2012.....	1
0. RESUMEN EJECUTIVO .....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 ANTECEDENTES Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN.....	10
1.2 METODOLOGÍA Y HERRAMIENTAS APLICADAS .....	12
1.3 CONDICIONANTES Y LIMITACIONES.....	14
2. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN .....	16
2.1 CONTEXTO DE INTERVENCIÓN .....	16
2.2 DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO. LA INTERVENCIÓN EN SU CONTEXTO .....	20
2.3 EJECUCIÓN Y NIVEL DE CUMPLIMIENTO.....	22
2.4 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN .....	27
2.5 ACTORES IMPLICADOS.....	27
3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRINCIPALES HALLAZGOS .....	28
4. CONCLUSIONES.....	39
5. LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS .....	40
6. RECOMENDACIONES .....	42
7. ANEXOS.....	45
I. Términos de Referencia .....	45
II. Oferta aprobada del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH) .....	45
III. Plan de trabajo y metodología y fuentes utilizadas para recopilar de información.....	45
IV. Cronograma de la visita al terreno y personas entrevistadas.....	45
V. Ficha-resumen de la evaluación (modelo CAD).....	45

## LISTA DE ACRÓNIMOS

<b>AECID</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
<b>AIEPI</b>	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
<b>AVC</b>	Amenazas, vulnerabilidades y capacidades
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>COE</b>	Comités Operativos de Emergencia
<b>GAD</b>	Gobiernos Autónomos Descentralizados
<b>GV</b>	Generalitat Valenciana
<b>GRD</b>	Gestión del Riesgo de Desastres
<b>IECAH</b>	Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria
<b>MAIS</b>	Modelo de Atención Integral en Salud
<b>MIDUVI</b>	Ministerio de Desarrollo y Vivienda
<b>MIES</b>	Ministerio de Inclusión Económica y Social
<b>MINEDUC</b>	Ministerio de Educación
<b>MPP</b>	Matriz de Planificación del Proyecto
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>NNA</b>	Niñas, niños y adolescentes
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>ROA</b>	Oficina Regional para las Américas
<b>RRD</b>	Reducción de Riesgo de Desastres
<b>SENAGUA</b>	Secretaría Nacional del Agua
<b>SENPLADES</b>	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
<b>SNGR</b>	Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos
<b>SSC</b>	Seguro Social Campesino
<b>TAPS</b>	Técnicos de Atención Primaria de Salud
<b>UBS</b>	Unidad básica sanitaria
<b>UNICEF</b>	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
<b>UP</b>	Unidad de Programas

## 0. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe recoge la evaluación externa del Proyecto “**Fortalecimiento del Sistema Comunitario de Salud e Higiene de niñas y niños indígenas en las comunidades del cantón Guamote. (Ecuador)**” implementado por Plan Internacional España y financiado por la Generalitat Valenciana.

La evaluación final externa fue realizada por el Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH) de conformidad con los Términos de Referencia aprobados, la oferta técnica y la metodología propuesta por el equipo de evaluación.

Plan Internacional es una organización no gubernamental internacional fundada en 1937, con presencia en 70 países, y programas de desarrollo en 51 países de África, Asia y América. Su objetivo es promover la creación de cambios de largo plazo para los niños, niñas, adolescentes y sus comunidades. Plan Internacional trabaja con una visión según la cual todos los niños y niñas desarrollan su potencial en sociedades que respeten sus derechos y su dignidad.

La organización trabaja de manera conjunta con los propios niños y niñas, sus comunidades y otras organizaciones, así como con las autoridades, para desarrollar proyectos y programas innovadores en diferentes áreas, entre ellas la promoción de la salud, la reducción del riesgo de desastres, la protección de la niñez y la participación.

Tomando los derechos de los NNA como eje fundamental, el trabajo de Plan Internacional ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Uno de los objetivos principales de esta entidad en la actualidad es que niños, niñas y jóvenes crezcan de manera segura y puedan ejercer efectivamente sus derechos a la protección y la asistencia en todas las situaciones, incluidas las emergencias. El trabajo de promoción de los derechos entre las comunidades más vulnerables, como muchos de los grupos indígenas, forma parte de las prioridades de la organización a escala internacional, y por supuesto en Ecuador. Por tanto, el proyecto evaluado se enmarca de manera coherente en las estrategias de trabajo de Plan Internacional. Asimismo, es coherente con las políticas públicas del Gobierno de Ecuador.

El objetivo de este proyecto es contribuir a mejorar el Sistema Nacional de Salud para que niñas, niños y familias de la zona de intervención del proyecto, vivan en un ambiente saludable y seguro que mejore sus condiciones de vida en el ámbito de influencia del proyecto. El proyecto apoyó a que niñas y niños y familias, vivan en un ambiente saludable y seguro, en el que se garanticen competencias y condiciones para su desarrollo integral en las comunidades de influencia del proyecto, lo cual está en coherencia con la política del Estado y el Desarrollo en función del Buen Vivir (Sumak Kausai) de todas y todos.

En términos generales, **se han cumplido en buena medida tanto el objetivo general como el específico**, lo que se evidencia por el seguimiento de los indicadores. El

hecho de que estos sean, básicamente de **producto**, hace compleja la tarea de tener información sobre las transformaciones acontecidas en las comunidades intervenidas (impacto) de más largo plazo y alcance.

Hay que destacar que los **informes de seguimiento y final del proyecto son de buena calidad** y es importante valorar el trabajo de monitoreo y seguimiento realizado por el equipo de ejecución que realizó informes para la totalidad de las actividades, entregados como anexos al informe final. El seguimiento del proyecto ha mejorado a lo largo del mismo de un modo excelente.

Dadas las características del proyecto, éste ha desarrollado una amplia gama de acciones con otros actores, empezando por las comunidades beneficiarias del mismo. El equipo del proyecto se ha coordinado, además, con Ministerios y otras instituciones del Estado, de un modo muy importante, **sabiendo adaptarse a los cambios en el sistema de prioridades políticas** y transformaciones administrativas ocurridas a lo largo del proyecto. La coordinación con todos ellos se considera adecuada.

Desde el punto de vista de los criterios de evaluación, la **pertinencia** del mismo se ha valorado como **MUY ALTA**, dado que el mismo se articula claramente con las políticas de promoción de la salud previstas desde el Plan Nacional del Buen Vivir y con las necesidades de las comunidades involucradas. La pertinencia del proyecto se ha ido mejorando a lo largo del proyecto mejorando algunos errores en el planteamiento inicial y sabiendo adaptarse a los cambios en el contexto.

La **eficacia** ha alcanzado un nivel **ALTO** ya que atendiendo al grado de cumplimiento de los indicadores de objetivos específicos y de los resultados esperados se puede afirmar que ha superado, incluso, a los previstos inicialmente. El proyecto ha sido innovador y ha sabido adaptar muchas de las actividades para conseguir mejores resultados.

Consideramos la **eficiencia** del proyecto **ALTA**. Aunque el proyecto ha solicitado en dos ocasiones modificaciones sustanciales, las mismas han respondido a la dinámica cambiante del territorio y a la mejor estrategia que la oficina ha acordado para alcanzar los resultados y cumplir con los objetivos previstos en el proyecto. Es destacable cómo a través de acuerdos con las entidades públicas (MSP, GAD municipales...) se ha mejorado y optimizado la eficiencia. De igual manera, aunque el proyecto ha finalizado recientemente, podemos decir que el **impacto** en las comunidades es **ALTO** pues ha tenido incidencia sobre el objetivo general, es decir que se ha fortalecido la capacidad de las mismas y su rol en la interlocución con las entidades públicas del Estado y se observa impactos en materia de salud. Además, no ha tenido impactos negativos.

Con respecto a la **sostenibilidad** del proyecto hemos de decir que se considera **MEDIA-ALTA**, ya que aunque existen razones para aseverar que parte de las actividades se mantendrán en las comunidades dado el compromiso de las propias comunidades y de las entidades del Estado, en otros casos no está garantizada la existencia de estructuras y recursos para garantizarla.

Por su parte, la **apropiación es MEDIA-ALTA** ya que aunque las comunidades han participado activamente en las actividades, no se han encontrado evidencias sobre la participación de los beneficiarios en la formulación o en la definición de las estrategias para la ejecución del proyecto. No obstante, se destaca el esfuerzo por Plan para involucrar en su estrategia de intervención al conjunto de los actores en el contexto de actuación, propiciando su empoderamiento, y al mismo tiempo, se buscaron sinergias que permitieron alinear el proyecto con las políticas públicas.

Por último, la **cobertura/participación** se considera **MUY ALTA** ya que se ha superado la meta de beneficiarios/as previstos en del proyecto, aunque no todos ellos lo han hecho del mismo modo.

En **conclusión**, el proyecto **aborda una problemática muy relevante en la situación de la región y la estrategia de trabajo es adecuada para la población beneficiaria**. A pesar de la normativa existente y de los avances de las políticas públicas en niñez o salud en Ecuador, persisten aún vacíos en los que la **cooperación internacional de instituciones como Plan da un valor añadido**. El proyecto ha fortalecido los vínculos entre las comunidades y las instituciones públicas.

Asimismo, el proyecto ha contribuido a **fortalecer el rol de los diversos perfiles voluntarios y profesionales** (voluntarios, parteras, TAP...) mejorando sus vínculos con comunidades e instituciones y su articulación. La **elevada rotación del personal** ha limitado la consolidación de la memoria institucional y la consolidación de los aprendizajes del proyecto.

Es importante reconocer **el logro de haber fortalecido los comités de salud o las juntas de agua** de acuerdo con la normativa y las directrices institucionales al respecto, haciéndoles ganar peso y fortaleciendo sus aprendizajes.

Plan internacional trabaja y promueve acciones para favorecer la equidad de género como parte de sus estrategias de implementación, que han sido incluidas específicamente en el proyecto. La integración del **enfoque de género** en las diferentes fases del ciclo del proyecto ha sido un elemento relevante, aunque ofrece perspectivas de mejora.

Entre las **lecciones aprendidas** se considera que el proyecto ha permitido al **personal interno de Plan fortalecer sus equipos** a través de la formación en las metodologías utilizadas y en los temas relevantes del proyecto. Ha sido todo un reto y un trabajo de aprendizaje adaptar los sistemas de gestión interna y de recursos a las exigencias planteadas para los proyectos desarrollados bajo la normativa de la Generalitat Valenciana, que se resolvió de modo óptimo en la última fase.

Al mismo tiempo la **estructura de voluntarias y colaboradores** de Plan internacional en el terreno fue la que permitió lograr llegar al número de beneficiarios previstos y desarrollar las acciones plateadas. Es importante valorar aquí el trabajo de Plan logrando articular las metodologías y normativas existentes que las mismas autoridades han adoptado como propias.

Uno de los puntos fuertes del proyecto tiene que ver con la **conformación y fortalecimiento de instancias de coordinación y apoyo (Comités, juntas, mesas...)**. La ejecución del proyecto contribuye significativamente a evidenciar que sigue siendo un reto para las autoridades ecuatorianas avanzar en la regulación y consolidación del sistema descentralizado de salud y otros aspectos en el que es fundamental integrar lo público y lo privado.

Entre las **recomendaciones** propuestas en el presente informe de evaluación se destacan las siguientes:

## I. Para Plan Internacional Oficina País de Ecuador

- a. **Continuar** el apoyo de Plan en las diferentes problemáticas del cantón Guamote.
- b. Valorar cómo **dar continuidad a ciertas acciones que permitan una mayor sostenibilidad en materia de salud**.
- c. Fortalecer el uso del **Enfoque basado en derechos humanos, especialmente de NNA**, en todas las acciones de Plan e incorporarlo más en los proyectos de salud.
- d. Fortalecer la formación del personal en materia de **gestión del ciclo del proyecto (PCM)**.
- e. Promover un **mayor uso de la evaluación como estrategia de aprendizaje** e invertir mayores recursos en tareas de **sistematización** de experiencias y buenas prácticas.
- f. Continuar con acciones que promueven la participación y el establecimiento de **alianzas y partenariado**.
- g. Continuar con el empleo de **metodologías y recursos didácticos novedosos**.
- h. Continuar, incluso enfatizar los **enfoques culturalmente adecuados y el uso de la lengua quichwa** en los proyectos.
- i. Diseñar más **acciones específicas hacia NNA** dentro de los proyectos. El trabajo con familias, entorno escolar y comunidades es muy importante pero deben pensarse actuaciones más directas hacia NNA, sobre todo hacia la población adolescente.
- j. Fortalecer la integración del **enfoque de género** en las diferentes fases del ciclo del proyecto.

## II. Para Plan Internacional – España

- a. Es fundamental **mejorar las estrategias de comunicación institucional interna** con los proyectos financiados en otros países, hacer un

seguimiento más cercano de los mismos y agilizar los mecanismos para la toma de decisiones.

- b. **Mejorar la comunicación con los donantes, en este caso la GV, sobre aspectos positivos de los proyectos** que serían susceptibles de ser replicados, usados para sensibilización, educación u otros.
- c. **Profundizar en los aspectos sustantivos de los proyectos** que, deberían sistematizarse o, al menos, formar parte de un **base de datos de buenas prácticas o similar**.
- d. **Aprovechar el conocimiento que generan proyectos de este tipo** para posibles acciones futuras de Plan.
- e. **Continuar** con el apoyo a proyectos que enfatizen los derechos de NNA desde diversas perspectivas como, en este caso, los temas de salud.

### III. Para la Generalitat Valenciana

- a. Aprovechar el conocimiento que surge de proyectos y evaluaciones como ésta para **sistematizar las enseñanzas**.
- b. Utilizar las buenas experiencias de proyectos de este tipo para **tareas de sensibilización, educación para el desarrollo o comunicación hacia la sociedad valenciana**. La visibilidad de la GV en el terreno ha sido y es muy fuerte y eso debe ser aprovechado.



## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe recoge la evaluación externa del Proyecto “**Fortalecimiento del Sistema Comunitario de Salud e Higiene de niñas y niños indígenas en las comunidades del cantón Guamote, Ecuador**” implementado por Plan Internacional España y financiado por la Generalitat Valenciana.

La evaluación final externa fue realizada por el Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH) de conformidad con los Términos de Referencia aprobados, la oferta técnica y la metodología propuesta por el equipo de evaluación.

Plan Internacional es una organización no gubernamental internacional fundada en 1937, con presencia en 70 países, y programas de desarrollo en 51 países de África, Asia y América. Su objetivo es promover la creación de cambios de largo plazo para los niños, niñas, adolescentes y sus comunidades. Plan Internacional trabaja con una visión según la cual todos los niños y niñas desarrollan su potencial en sociedades que respeten sus derechos y su dignidad.

La organización trabaja de manera conjunta con los propios niños y niñas, sus comunidades y otras organizaciones para desarrollar y programas innovadores en diferentes áreas, entre ellas la promoción de derechos, la reducción del riesgo de desastres, la protección de la infancia y la participación.

Uno de los objetivos principales de esta entidad es que niños, niñas y adolescentes crezcan de manera segura y puedan ejercer efectivamente sus derechos a la protección y la asistencia en cualquier situación, incluidas las emergencias. El trabajo de Plan Internacional en Ecuador ha ido evolucionando hacia un enfoque basado en derechos que aborda de un modo más omnicompreensivo que en el pasado diversos aspectos y dimensiones de la vida de los niños, niñas y adolescentes. De ese modo, Plan incorpora cada vez más en sus actuaciones elementos de enfoque de género, salud sexual y reproductiva, inserción de sus acciones en políticas públicas, promoción de los derechos de los grupos indígenas, entre otros, que le hace ser en Ecuador una entidad muy reconocida en materia de derechos de NNA y de interlocución con las autoridades de todos los niveles en estas tareas.

Es importante resaltar este aspecto desde esta introducción pues en un contexto en el que numerosas ONG internacionales han ido abandonando el Ecuador debido a incomprensiones o dificultades en la relación con las autoridades y a su rol en las políticas públicas, Plan Internacional no solo ha mantenido su presencia en el país, sino que ha diversificado su actuación y establecido sinergias que, como veremos, están resultando muy positivas.

El proceso de evaluación externa contó, durante todo el proceso, con el acompañamiento permanente del personal de Plan Internacional en España y durante el trabajo de terreno con el de las oficinas de Chimborazo - Bolívar y Quito, quienes aportaron la documentación que ha sido analizada, participaron

en entrevistas a distintos niveles y, en especial, acompañaron el desarrollo de las actividades en terreno.

Al haber realizado desde el IECAH recientemente otra evaluación de un proyecto de Plan Internacional en Ecuador (Proyecto de reducción de riesgos de desastres en la provincia de Guayas, financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo) **hemos mantenido la estructura del anterior informe y resaltado algunas concomitancias y elementos repetidos** para facilitar al personal de Plan Internacional tanto en España como en Ecuador la comprensión y, en su caso, la sistematización y la extracción de lecciones.

El **equipo de evaluación desea agradecer a todo el personal de Plan Internacional, y muy especialmente al equipo de Plan en Chimborazo, su colaboración** en todo el proceso y su sensibilidad y amabilidad para resolver los pequeños problemas que toda evaluación plantea.

## 1.1 ANTECEDENTES Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

Siguiendo los criterios de la OCDE, cuando hablamos de evaluación nos referimos *"... al proceso sistemático y planificado de recogida de información con el objetivo de analizar, interpretar y valorar de manera crítica y objetiva una intervención, política o estrategia de cooperación para el desarrollo, incluyendo su diseño, su puesta en práctica, su estructura de gestión y sus resultados"*.

Los procesos de evaluación en el ámbito de la cooperación al desarrollo o la ayuda humanitaria constituyen, cada vez más, una práctica fundamental para la mejora de la calidad y eficacia de la ayuda. En virtud de ello, la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005), la Agenda para la Acción de Accra (2008), el Código de Conducta de la Unión Europea (2007) y la aprobación de la Buena Donación Humanitaria (2003) son hitos fundamentales en el ámbito del desarrollo y en el humanitario. En esta línea, la Cooperación Española, en general, y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en particular, ha tendido a reforzar a partir del III Plan Director 2009-2012 la mejora de la calidad de la ayuda, línea que se continúa y se refuerza en el IV Plan Director 2013-2016 y la Política de Evaluación de la Cooperación Española (2013).

Asimismo, la evaluación se ha generalizado en otros actores relevantes y, muy especialmente, la **Generalitat Valenciana** la ha tomado como fundamental. El artículo 10 de la Ley 6/2007, de 9 de febrero, de la Generalitat, de la Cooperación al Desarrollo de la Comunidad Valenciana, establece en su inciso primero que la Generalitat "promoverá la realización de evaluaciones de todas las acciones en que directamente o indirectamente participe, contribuyendo a una mayor orientación de los procesos evaluativos hacia el aprendizaje institucional y la mejora continua de sus políticas e intervenciones". Asimismo, en su inciso segundo señala como prioridad la del "fomento de procedimientos metodológicos e instrumentos que faciliten las evaluaciones sobre el impacto, la eficacia y la

sostenibilidad en las políticas, los programas y los proyectos de cooperación al desarrollo promoviendo la realización de evaluaciones participativas, de acuerdo con las características del programa o el proyecto". Estas disposiciones se han concretado, incluso, mediante la elaboración de materiales de mucho interés como la "Guía de gestión de la evaluación final de proyectos subvencionados por la Generalitat Valenciana"<sup>1</sup>. La evaluación de este proyecto ha seguido fielmente lo dispuesto en esos documentos y en las buenas prácticas internacionales en la materia.

La evaluación de carácter externo utilizó un enfoque participativo, de producto (outputs) y sumativo, de conformidad con los Criterios de evaluación de la política de cooperación española y la Generalitat Valenciana. De acuerdo con lo establecido en la Ley 6/2007, de 9 de febrero, la Generalitat Valenciana basa el desarrollo de sus procesos de Evaluación en la Cooperación para el Desarrollo en los siguientes principios:

- *Orientación hacia Resultados de Desarrollo Humano y Sostenible: la Gestión orientada a resultados es un principio fundamental en el mundo de la Cooperación, ya que de poco sirven proyectos formulados y ejecutados correctamente si no se tiene la capacidad de medir el grado de avance conseguido con los mismos y la eficiencia en la utilización de los recursos invertidos en ellos. Igualmente los procesos de evaluación, basados en los enfoques de género y derechos, tomarán siempre como referencia en último término, tanto para el análisis como para la generación de recomendaciones útiles, los ejes económico, ambiental y social de los proyectos y procesos evaluados, así como en su contribución a la expansión de las capacidades de personas, comunidades y territorios.*
- *Participación efectiva: la evaluación contará en todas sus fases con los mecanismos necesarios para asegurar la apropiación de los actores involucrados en el proceso, los cuales deberán permitir la incorporación de estos en condiciones de simetría.*
- *Utilidad para los receptores: los resultados, recomendaciones, lecciones aprendidas, así como las capacidades de evaluación potenciadas durante los procesos evaluativos deberán hacer especial énfasis en la generación de orientaciones y pautas de acción que resulten de aplicación práctica y efectiva para las personas, colectivos, instituciones formales y cualquier otro actor perteneciente al territorio receptor de la inversión en desarrollo promovida por las diferentes políticas de Cooperación para el Desarrollo.*
- *Coordinación entre actores, asimismo, busca la comunicación y la participación activa entre los diferentes actores involucrados en el proyecto a fin de promover la apropiación de resultados, la transparencia y la rendición de cuentas.*

---

<sup>1</sup> Generalitat Valenciana Dirección General de Integración y Cooperación. Servicio de Gestión de Programas y Cooperación Unidad de Seguimiento y Evaluación.

**Este informe de evaluación pretende, por tanto, aportar información fiable y que contribuya a la reflexión y a la mejora de todos cuantos participaron en el proyecto, para que la iniciativa pueda continuar a largo plazo, consiga hacerse visible y replicable, y, en particular, sea apropiada por las instituciones gubernamentales y las organizaciones locales.**

Los objetivos planteados para la evaluación fueron los siguientes:

- Comprobar la utilidad del proyecto y los logros obtenidos, acreditándolos externamente.
- Mejorar decisiones de futuros proyectos, sirviendo de base para la mejora continua.
- Promover el conocimiento sobre qué y cómo se ha hecho a través de procesos de aprendizaje colectivo e individual sobre lo que se hace y cómo se hace.
- Comprender los límites y aciertos del proyecto.

Más en concreto se pedía en los TdR que:

“Evaluar la propuesta y los logros del proyecto en relación a lo esperado y los resultados finales con el fin de aprender, rendir cuentas al organismo financiador y mejorar las intervenciones, y modelos de intervención, incorporando las lecciones aprendidas para la organización. El objetivo general de esta evaluación es medir los resultados esperados y los efectos que no se esperaban de la intervención”.

Desde el punto de vista de los criterios a analizar se incluían:

- Eficiencia: Analizar los resultados del proyecto en relación a los objetivos planteados.
- Efectividad-eficacia: Determinar los efectos directos a corto y mediano plazo de la puesta en práctica de los componentes del proyecto.
- Pertinencia: Analizar en qué medida el enfoque del proyecto y las actividades son relevantes para los problemas centrales del grupo meta y los objetivos de la política pública del Ecuador.
- Sostenibilidad: Averiguar en qué medida los logros del proyecto son sostenibles.
- Cobertura: Verificar el nivel de participación y apropiación de los grupos metas.
- Lecciones aprendidas: Comprender los límites y aciertos del proyecto.

Los objetivos detallados pueden verse en los Términos de Referencia (TdR) elaborados al efecto (Ver Anexo I).

## **1.2 METODOLOGÍA Y HERRAMIENTAS APLICADAS**

La evaluación, de carácter mixto, ha utilizado técnicas y métodos tanto cuantitativos como cualitativos. La propuesta presentada por el IECAH en respuesta a los TdR de la evaluación es muy exhaustiva y se siguió con bastante

rigor durante todo el proceso (Ver Anexos II y III con las preguntas de evaluación). Durante la evaluación se utilizaron los siguientes métodos de recolección y análisis de datos:

- a) **Revisión de documentos y análisis de fuentes secundarias de datos:** se incluyeron la formulación del proyecto, así como otros documentos preparados por Plan, como los documentos firmados con la Generalitat Valenciana, los convenios de cooperación firmados entre Plan y las autoridades ecuatorianas, entre otros, los planes operativos internos, el informe intermedio así como el informe final preparados para la Generalitat, informes de actividades, talleres y reuniones internos, y otros documentos de los proyectos como estudios regionales y nacionales, publicaciones, páginas web, etc.
- b) **Entrevistas semi-estructuradas** (individuales y colectivas): para validar la información y hallazgos obtenidos a través de la revisión documental. Estas entrevistas fueron en su mayoría presenciales y telefónicas con: funcionarios de los Ministerios de Salud, Economía e Inclusión Social de Ecuador, , representantes de los Gobiernos Autonomos Decentralizados de Guamote y otras localidades, miembros del equipo del Plan Internacional, docentes y líderes comunitarios. Además, se realizaron entrevistas telefónicas con participantes y otros implicados de Quito, Riobamba y Madrid.

Para todas ellas se prepararon cuestionarios o guiones de entrevista semi-estructurada que permitieran la sistematización de la información.

- c) **Visitas de campo:** un evaluador miembro del equipo visitó Riobamba y el Cantón Guamote y las zonas del proyecto para ver directamente los logros del mismo, así como para obtener la opinión de los beneficiarios y el personal de los Gobiernos Autónomos e instituciones involucradas en la implementación del proyecto, con respecto a los resultados, relevancia, efectividad, eficiencia y sostenibilidad del mismo. Se visitaron diversas comunidades en las que se realizaron **grupos focales con los beneficiarios y beneficiarias** y se comprobaron los avances en la construcción de las unidades básicas sanitarias, entre otros. El cronograma final de las visitas al terreno y entrevistas se encuentra en anexo (Ver Anexo IV)
- d) La visita de acmpo finalizó con una **reunión de devolución de resultados** "debriefing" con el equipo de Plan Internacional en Chimborazo que resultó de mucha utilidad para contrastar algunas de las conclusiones provisionales de las visitas.

El diseño evaluativo permitió recoger las opiniones y percepciones de algunos de los involucrados, así como indagar sobre los procesos, dinámicas de cambio y aprendizaje, y obtener un panorama general de los productos obtenidos en función de la ejecución. Como evaluación final, es concebida como un **ejercicio acotado en el tiempo, cuyo foco es, no solo la rendición de cuentas, sino el aprendizaje en la mejora de los aspectos relativos a la implementación del Proyecto y la generación de lecciones aprendidas.**

Esta evaluación permite tomar una fotografía del desarrollo del Proyecto que ha culminado. Se trata de dar señales para revisar aquellos elementos que requieren ser ajustados y/o mejorados y para fortalecer aquellas áreas que más avances han tenido, en la perspectiva de su consolidación en el tiempo y por las posibilidades de aplicar mejoras futuras en otros proyectos similares, y/o la ampliación de sus escalas de intervención, con apoyo en las recomendaciones que de este informe se desprenden.

### 1.3 CONDICIONANTES Y LIMITACIONES

El proceso evaluativo se ha **desarrollado con normalidad sin ninguna desviación destacable** a lo largo del mismo. El único elemento destacable que deberíamos citar es el de la elevada rotación de los equipos tanto en España como en Ecuador que ha dificultado en alguna medida el acceso a la información "histórica" del proyecto. La dinámica de organización de Plan define responsabilidades a diferentes niveles para las oficinas vinculadas al proyecto y algunas están muy concentradas en la sede de Madrid, mientras que otras lo están en Ecuador. Recoger estas interacciones es una tarea compleja dada la elevada rotación del personal que ha habido a lo largo del proyecto.

También se pudo identificar que existen algunos cambios en la designación de los referentes técnicos en los gobiernos cantonales y parroquiales que participaron en el proyecto; lo cual, sin duda, afecta la posibilidad de valorar la apropiación y la sostenibilidad. En alguna medida estos cambios se deben a la elección de nuevos gobiernos descentralizados a los que el proyecto tuvo que adaptarse.

Hay que decir que, a nivel interno se está trabajando en la estandarización de procedimientos que mitiguen los efectos negativos de la rotación de los equipos y con ello, el acceso a la información histórica. Por otro lado, en lo referente a los técnicos de las administraciones públicas de los gobiernos con los que Plan trabaja, es un factor externo con el que Plan, teniendo en cuenta las limitaciones de su campo de acción, trata de trabajar para que afecte en la menor medida a la sostenibilidad de sus intervenciones

En el trascurso del proyecto se modificaron también algunas de las distribuciones competenciales en materia de salud e incluso de las funciones de ciertas figuras profesionales creadas recientemente (caso de los TAP) que obligaron a modificaciones en el proyecto.

Otra de las limitantes para poder observar la totalidad de las comunidades identificadas en el proyecto son las distancias que hay entre unas y otras por lo que solo se logró visitar un grupo de las mismas, que se consideró representativo. En ellas tuvimos la posibilidad de reunirnos con autoridades locales, líderes, miembros de las juntas locales de agua u otros y se pudo observar que es fundamental encontrar estrategias de acompañamiento para que dichos comités, así como las actividades de capacitación se mantengan activos, actualicen sus

conocimientos y promuevan acciones comunitarias y de exigibilidad y cumplimiento. Sin recursos adicionales esto parece una tarea compleja.

Algunos de los grupos focales debieron contar con traducción del quichwa al español y viceversa lo que dificulta en alguna medida la dinámica de estas reuniones.

En cualquier caso, queremos resaltar que ninguna de estas pequeñas limitaciones (habituales en cualquier proceso evaluativo) afectó la buena marcha de la evaluación que se ha podido desarrollar con total normalidad.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN

### 2.1 CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

El proyecto se ejecutó en el **cantón Guamote, provincia de Chimborazo (Ecuador)**, y puntualmente en la Comunidad de Pull Quishuar el componente de infraestructura. El cantón Guamote se encuentra ubicado en la zona centro de la Región Interandina del Ecuador, al sur de la provincia de Chimborazo. De acuerdo a los datos del censo del Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos (INEC) 2010, el cantón Guamote posee una población total de 45.153 habitantes. En el área rural la población es de 42.505 habitantes (20.918 hombres y 21.587 mujeres). El 94% de su población es indígena, perteneciente a la nacionalidad kichwa, pueblo Puruha<sup>2</sup>.

El **nivel de pobreza en la zona, tomando como indicador las necesidades básicas insatisfechas, es del 95,5%**; y el nivel de extrema pobreza del 75,20 %. La tasa de analfabetismo a nivel rural según datos del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), es del 21,05%; el nivel de instrucción más alto es el primario con 47,03 %; seguido por el de ninguna instrucción con el 20,91%.

El **acceso de agua potable** en los hogares para el consumo humano y un sistema de eliminación de desechos y excretas, incide en forma directa en la salud de sus habitantes, y también tiene un impacto sobre el ecosistema circundante a la vivienda. El 47,40% de la población de Guamote se provee de agua entubada proveniente de un río o vertiente, las mismas que han sido adjudicadas a las Juntas Administradoras de Agua Potable para su conservación, mantenimiento, conducción, distribución y posterior consumo. La cloración del agua es deficiente en la mayor parte de las comunidades del cantón.

Tan solo el 10,13% de viviendas correspondientes a la cabecera cantonal y las cabeceras parroquiales poseen **alcantarillado**, y en su mayor parte poseen unidades básicas sanitarias con descarga a un pozo séptico o pozo ciego, pero por la falta de mantenimiento, estos se encuentran deteriorados y en algunos casos ya están obsoletos o están completamente destruidos.

El 6,40% de viviendas tienen el servicio del carro recolector de **basura**, pero en su mayoría (74,50%) queman la basura, el 12,60% la entierran, el 6,40 % arrojan la basura a terrenos baldíos, a ríos, acequias; sin tomar conciencia de la contaminación (suelo, aire, y agua) que ocasiona la mala disposición de los desechos. El 55,2% de los hogares no poseen instalaciones para ducharse, convirtiéndose este hecho en un factor determinante para la evaluación de la calidad de vida en el cantón.

La escasez de agua potable y la deficiente o ausente educación sanitaria en las comunidades de la zona, aumentan el riesgo de adquirir enfermedades

---

<sup>2</sup> Muchos de los datos extraídos de los informes del proyecto y contrastados por el equipo evaluador.



gastrointestinales, parasitarias, hepatitis A, enfermedades respiratorias y de la piel. La alta incidencia y repetición de estas enfermedades en los niños y niñas provocan desnutrición, esto a su vez aumenta el riesgo de mortalidad infantil en los más pequeños y los escolares presentan bajos niveles de rendimiento. En los hombres y mujeres jóvenes y adultos, la ocurrencia de estas enfermedades prevalentes producen gastos médicos y hospitalización, días sin trabajar, lo que baja la productividad de la población económicamente activa, causando un impacto en su presupuesto familiar, lo que limita la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestimenta, educación e incidiendo negativamente en los niveles de pobreza.

Entre las principales causas del problema de prevalencia de enfermedades gastrointestinales y parasitarias en niñas, niños menores de cinco años y adolescentes están las siguientes<sup>3</sup>:

**Inadecuadas prácticas de higiene en las familias:** esta realidad se presenta debido a las débiles competencias de los Agentes Comunitarios de Salud y Auxiliares Comunitarios de Salud, en cuanto a las prácticas de higiene. Por ello, éstos no contribuyen eficazmente a difundir en el seno de las familias de las comunidades la importancia de los buenos hábitos de higiene y su repercusión en la salud, es así que no hay un verdadero cambio en la actitud y prácticas de las familias respecto a la higiene.

**Inadecuada eliminación de excretas y desechos sólidos:** la inadecuada eliminación de excretas se debe a que la mayoría de las familias de las comunidades no disponen de unidades básicas sanitarias (UBS), ya que para los garantes de derechos (instituciones de gobierno) resulta ser una inversión muy costosa y difícil de financiar. A ello se suma el poco cumplimiento de los compromisos financieros por parte de éstos organismos que impiden la construcción de las unidades básicas sanitarias. Por otro lado la inadecuada eliminación de desechos sólidos por parte de las familias se debe en gran medida a que no ha existido una eficiente difusión y concienciación sobre prácticas adecuadas de eliminación de desechos sólidos sobre todo por parte de los Agentes Comunitarios de Salud y Auxiliares Comunitarios de Salud.

**Limitado acceso a agua segura:** las familias de las comunidades tienen un acceso limitado a agua en cantidad, calidad y de forma constante, debido a que existe una escasa y/o inadecuada infraestructura de agua de consumo humano que a su vez es debido a que las instituciones del estado no tienen los recursos suficientes para cubrir estos requerimientos ya que los costos son altos y la demanda de este tipo de infraestructura es alta. Las prioridades entre las poblaciones y el estado a veces difieren. Por otro lado cada vez la disponibilidad respecto a la cantidad, calidad y constancia del agua de consumo humano es menor, debido a que no existe un adecuado manejo de las fuentes de agua. Las Juntas Administradoras de Agua

---

<sup>3</sup> El proyecto elaboró como actividad previa una Línea de base, que citaremos más tarde, de la que se extraen algunas de los datos que se citan en este apartado.

Potable no tienen las competencias necesarias para la operación y mantenimiento de los sistemas de agua.

A esta problemática se le suma la de la **mortalidad y morbilidad materna**, un problema muy grave que afecta negativamente al desarrollo de las comunidades, y que afecta a su vez al de la morbi-mortalidad infantil.

Con respecto a la **mortalidad materna, Guamote es uno de los cantones con una de las tasas más altas a nivel del país**. En el cantón Guamote, la realidad de la mujer indígena, pobre, analfabeta o con pocos años de escolaridad, monolingüe en algunos casos (habla solo kichwa, su lengua nativa, aunque eso parece estar cambiando), que vive en zona rural, confluye en varios factores que configuran su situación de discriminación y exclusión. Esta es una realidad actual, en la que la mortalidad materna es un factor que afecta fuertemente al núcleo familiar, ya que los niños, niñas y adolescentes quedan sin protección en muchos ámbitos de la vida. En muchos casos, la mujer no muere, pero el niño si fallece, o en otros casos los niños, a consecuencia de la demora en la atención en el parto, nacen con problemas de lenguaje, luxación de caderas, problemas de psicomotricidad y parálisis cerebral.

En otras ocasiones, los niños y niñas, a consecuencia de este proceso al nacer, no tienen bien desarrollado los reflejos de succión y bajan de peso y es una secuencia que conlleva un retardo en el crecimiento y desarrollo (talla, peso y desarrollo emocional). La madre desconoce cómo ayudar a su niño con una estimulación adecuada desde el mismo momento del embarazo, en edad escolar el niño tendrá un bajo rendimiento, poca autoestima, niños retraídos y pocas proyecciones para el futuro.

En las comunidades de incidencia, las principales causas de morbi-mortalidad materna y en neonatos son:

- **Desconocimiento al reconocer la enfermedad:** esto se debe a que no hay procesos de capacitación a nivel comunitario, por ello la madre y padre no reconocen señales de peligro de muerte.
- **Inadecuada toma de decisiones:** existe todavía **inequidad de género**, que hace que las mujeres esperen la decisión del hombre para tomar decisiones como la búsqueda de ayuda para salvar la vida de su hijo o la suya propia, esperando del hombre padre o marido llegue de su trabajo y decida qué hacer.
- **Accesibilidad a la atención:** Las comunidades están muy alejadas del centro de salud u hospital. A esto se suma la ausencia de transporte, la desorganización comunitaria para realizar planes de contingencia en momentos de emergencia.
- **Atención de calidad:** A nivel de las unidades de campo el personal aún tiene un desconocimiento del idioma kichwa, lo que se convierte en la primera barrera para poder brindar una atención de calidad. A esto se le

suma el poco conocimiento desde los trabajadores de salud a la cosmovisión indígena y desde la comunidad el desconocimiento de las normas de atención, como el temor a la camilla, a un posicionamiento diferente para dar a luz, o la falta de un familiar en el momento del parto, entre otros.

En las comunidades rurales, donde la falta de recursos y el aislamiento geográfico dificultan el acceso a los servicios de atención hospitalaria, es crucial la formación de los agentes comunitarios de salud, así como de las parteras o agentes tradicionales de prestación de servicios de salud, ya que en última instancia son estas personas las que atenderán a las personas en las comunidades más remotas.

Desde una **perspectiva de contexto general, hay que citar que Ecuador cuenta con un marco legal y regulatorio fuerte** que apoya el desarrollo de iniciativas que tienden a proteger a las mujeres y a la niñez. El país ha ratificado la mayoría de los tratados internacionales relevantes tales como: la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Ibero-americana de Derechos de los Jóvenes (2006), y el Marco para la Acción de Hyogo en materia de reducción de riesgos de desastres, entre otros.

Hay que mencionar que en el transcurso del proyecto se ha producido una profundización en la reforma del Estado, el proceso de desconcentración de las instituciones, el rol rector que asumió el Estado sobre la política pública, que han hecho que el proyecto se adapte a ellos.

En materia de salud, y bienestar en general **la política del Estado se basa en el Desarrollo en función del Buen Vivir (Sumak Kausai) de todas y todos**. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador está impulsando la aplicación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y algunas reflexiones sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Además es importante concebir a la salud como un proceso, mediado por relaciones de poder, en las que las personas y grupos poblacionales que sufren más exclusión, son los mismos que son excluidos como actores en la generación y uso de la información, en la toma de decisiones, en la definición de políticas, acciones, en la definición de su presente y su futuro. Desde este enfoque, la salud depende de aspectos que están más allá de la mera salud biológica y donde una verdadera participación social, entendida como un derecho humano, es la base para construir salud en sociedad e igualdad. La gente es aquí un actor social clave, corresponsable en la proposición y decisión sobre políticas saludables, que ejerce sus derechos de ciudadanía y ser humano, que exige y hace control social de las políticas de salud "delegadas" al Estado.

En base a estas reflexiones, dentro de este proyecto se trabajó en coordinación con el MSP y el Seguro Social Campesino y tomando como horizonte el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) a nivel familiar, comunitario e Intercultural, así como en el fortalecimiento del rol del MSP como garante y de rector de la salud colectiva e individual.

## 2.2 DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO. LA INTERVENCIÓN EN SU CONTEXTO

**Objetivo general del proyecto:** contribuir a mejorar el Sistema Nacional de Salud para que niñas, niños y familias de la zona de intervención del proyecto, vivan en un ambiente saludable y seguro que mejore sus condiciones de vida en el ámbito de influencia del proyecto.

**Localización del proyecto en Ecuador:** ha sido implementado en 34 comunidades del cantón Guamote en la provincia de Chimborazo.

### **Beneficiarios/as del proyecto:**

#### Beneficiarios/as directos:

- 120 familias; 15 auxiliares de salud; 52 agentes comunitarios de salud; 50 miembros del personal de salud; 54 Parteras, parteros y sanadores tradicionales; 60 líderes de las Juntas Administradoras de Agua Potable

Beneficiarios/as indirectos: El total de beneficiarios es alrededor de 10.800, considerando que en la 34 comunidades del proyecto viven aproximadamente 2.700 familias.

**Duración del proyecto:** periodo de implementación de 24 meses (desde el 1 de noviembre de 2013 al 30 de octubre de 2015).

### **Modificaciones al proyecto:**

El proyecto ha tenido **2 modificaciones sustanciales** durante su ejecución:

1. Aprobada por la Generalitat Valenciana en febrero de 2014.
2. Aprobada por la Generalitat Valenciana en mayo de 2015.

Tras estas modificaciones el **presupuesto total del proyecto ha sido de 182.016,18 euros de los cuales la Generalitat Valenciana ha aportado 127.109 euros, y otros financiadores y fondos propios de Plan Internacional 54.907,18 euros.**

**Marco lógico (MPP) de la intervención aprobada en Mayo 2015. Se incluyen las modificaciones:**

<b>Objetivo general</b>	Contribuir a mejorar el Sistema Nacional de Salud para que niñas, niños y familias de la zona de intervención del proyecto, vivan en un ambiente saludable y seguro que mejore sus condiciones de vida en el ámbito de influencia del proyecto.
<b>Objetivo específico</b>	Fortalecer el Sistema Comunitario de Salud y las condiciones materiales en cuanto a saneamiento de las familias del cantón Guamote, para disminuir la prevalencia de enfermedades gastrointestinales, parasitarias y de la piel en niñas y niños menores

	de cinco años y la mortalidad materna en las comunidades de influencia del proyecto.
<b>R1: Familias han mejorado los hábitos de higiene respecto a conocimientos, actitudes y prácticas saludables (CAP).</b>	<b>Actividad 1.1.</b> Levantamiento de línea de base para determinar conocimientos, actitudes y prácticas (en higiene individual, familiar y comunitario, alimentación, señales de peligro de muerte, enfermedades prevalentes de la infancia, accesibilidad, atención de calidad) de niñas, niños, adolescentes, padres, madres de familia de la zona de intervención del proyecto.
	<b>Actividad 1.2.</b> Capacitación a 52 Agentes Comunitarios de Salud en temas de higiene: lavado de manos, aseo e higiene de la vivienda y utilización del inodoro y uso y mantenimiento de la UBS.
	<b>Actividad 1.3.</b> Capacitación a 15 Auxiliares de enfermería comunitaria en temas de higiene de la vivienda, utilización del inodoro y uso y mantenimiento de la UBS.
	<b>Actividad 1.4</b> Talleres a familias sobre temas de higiene, AIEPI comunitario, signos de peligro en el embarazo, parto, postparto
	<b>Actividad 1.5</b> Actividades de promoción y sensibilización (resonancia comunitaria) a familias sobre los temas de higiene, AIEPI comunitario
<b>R2: 59 Familias de la comunidad Pull Quishuar que cuentan con UBS y que han mejorado las prácticas de eliminación de excretas y desechos sólidos.</b>	<b>Actividad 2.1.</b> 59 Construcción de unidades básicas sanitarias
	<b>Actividad 2.2.</b> Capacitación a miembros de 5 Juntas Administradoras de Agua Potable, 15 Auxiliares Comunitarios de Salud y 52 Agentes Comunitarios de Salud en manejo adecuado de desechos sólidos.
	<b>Actividad 2.3.</b> Capacitación a 15 Auxiliares Comunitarios de Salud y 52 Agentes Comunitarios de Salud y 59 familias beneficiarias en temas de disposición adecuada de excretas.
<b>R3: Fortalecida la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la participación organizada de los</b>	<b>Actividad 3.1.</b> 1 evento de coordinación anual para la construcción de un plan de capacitación al personal del MSP,SSC, Voluntarios, voluntarias, parteros, parteras
	<b>Actividad 3.2.</b> Evento trimestral para evaluar el cumplimiento del plan de capacitación
	<b>Actividad 3.3.</b> Eventos anuales para revisión de cumplimiento de indicadores de inclusión en prestaciones culturalmente apropiadas ( ejemplo, parto tradicional) que tiene el MSP
	<b>Actividad 3.4.</b> Eventos de capacitación anual en nuevo modelo de atención, AIEPI Clínico, Nutrición, hábitos de higiene y medicina ancestral al personal del MSP, SSC, Yachaks, parteros/as en un total de 54 parteros/as, 52 agentes

<b>sujetos sociales</b>	comunitarios de salud ( voluntarios/as) 50 personal de salud, y auxiliares de salud.
	<b>Actividad 3.5.</b> 1 Evento anual para revisión y ajuste al plan de capacitación a partir de los resultados de la evaluación anual de procesos y procedimientos que tienen el MSP y SSC en atención primaria y especializada, para que estos guarden correspondencia con el nuevo modelo de atención.
	<b>Actividad 3.6.</b> Eventos para revisión y mejoramiento del sistema de información, seguimiento y evaluación de atención primaria y especializada (Sala Situacional)
	<b>Actividad 3.7.</b> Monitoreo y acompañamiento mensuales en el campo al voluntariado por parte del personal del MSP, para la implementación del nuevo modelo de atención.
	<b>Actividad 3.8.</b> 1 Evento anual de evaluación y sistematización de mejores prácticas.
	<b>Actividad 3.9</b> Fortalecimiento a las 5 unidades operativas de salud

## 2.3 EJECUCIÓN Y NIVEL DE CUMPLIMIENTO

A pesar de haber sido aprobado en 2012, el proyecto dio inicio durante el mes de noviembre de 2013 y, tras ciertas demoras y cambios fue finalmente retomado en el mes de septiembre de 2014, acelerando su ejecución y pudiendo concluir las actividades en noviembre de 2015. La mayor parte de las actividades se concentraron en el último año.

El **grado de ejecución de las actividades ha sido muy elevado**<sup>4</sup>, superando en algunos casos las cifras previstas. El gran activismo del proyecto durante el último año es destacable y ha permitido, como veremos en el apartado de **eficacia** conseguir los objetivos planteados.

En términos generales, podemos decir que se ha cumplido el desarrollo de todos los productos previstos en la formulación del proyecto, A saber:

### Resultado 1

**Actividad 1.1. Levantamiento de Línea de base.** Al inicio del proyecto se elaboró de un modo participativo la línea de base que permitió conocer más a fondo alguno de los problemas de salud de las comunidades. La línea de base es de buena calidad pero, debido a los cambios en la orientación del proyecto, no ha

<sup>4</sup> Se incorpora como anexo la hoja de Excell de seguimiento y control de las actividades elaborada por el equipo del proyecto y que fue cotejada por el equipo de evaluación.

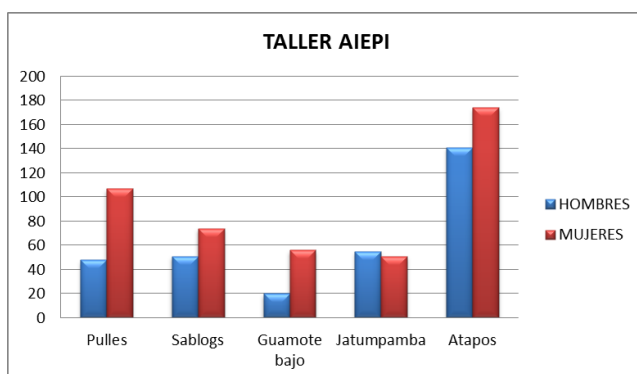
sido muy utilizada posteriormente de modo profundo en el desarrollo del mismo, lo cual es una pena. La Línea de base también sirvió para contextualizar la acción del proyecto y sirvió para reorientar el mismo, partiendo de ella la primera modificación sustancial. Uno de los aspectos más importantes, ha podido ser la falta de reorientación y rediseño de la Línea de Base de acuerdo a los cambios realizados al proyecto.

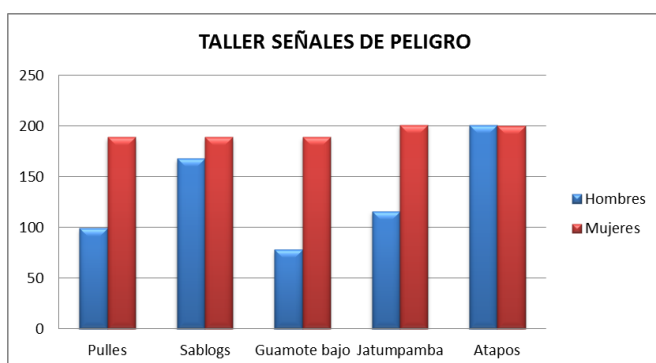
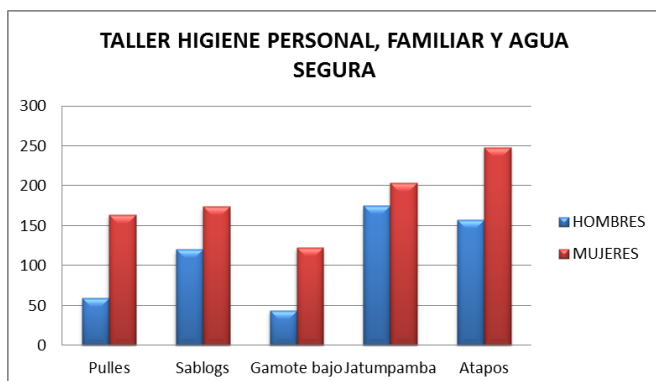
**Actividad 1.2 Capacitación a 52 Agentes Comunitarios de Salud en temas de higiene: lavado de manos, aseo e higiene de la vivienda y utilización del inodoro y uso y mantenimiento de la UBS.** Se realizó en varias fases y en la segunda fase los contenidos se adaptaron a lo previsto en el MAIS. Al finalizar la actividad se logró capacitar a **94 agentes comunitarios de salud**, de los cuales 54 son hombres y 40 son mujeres.

**Actividad 1.3. Capacitación a 15 Auxiliares de enfermería comunitaria en temas de higiene de la vivienda, utilización del inodoro y uso y mantenimiento de la UBS.** En el primer año del proyecto se realizó un taller a **15 auxiliares de salud** (10 hombres y 5 mujeres) del Área de Salud Guamote (actual Distrito de Salud Colta - Guamote).

**Actividad 1.4. Talleres a familias sobre temas de higiene, AIEPI comunitario, signos de peligro en el embarazo, parto, postparto.**

Esta actividad se planificó para fortalecer la capacitación a nivel familiar en el área de intervención del proyecto adaptando el proyecto a los cambios normativos. La misma fue aprobada por la Generalitat Valenciana el 27 de mayo del 2015, después de la solicitud de modificación sustancial solicitada por Plan. Esta actividad implicó la realización de numerosos talleres que se resumen a continuación por localidades y sexo:





Asimismo, se realizaron numerosos folletos y materiales promocionales de gran calidad.

### **Actividad 1.5. Actividades de promoción y sensibilización (resonancia comunitaria) a familias sobre los temas de higiene, AIEPI comunitario**

Esta actividad fue aprobada por la Generalitat Valenciana, en la modificación substancial, el 27 de mayo del 2015. Se planificó para fortalecer la sensibilización a familias, como una importante estrategia de promoción de la salud, para promover hábitos saludables, el derecho a la salud y la corresponsabilidad en el tema del autocuidado. Implicó varias actividades de juegos, etc. con excelentes resultados.

La asistencia a estas actividades de "resonancia" comunitaria llegó aproximadamente a unas **2.000 personas**.

### **Resultado 2**

**Actividad 2.1. Construcción de unidades básicas sanitarias.** De las 59 unidades básicas, 41 han sido construidas por el proyecto y 18 apoyadas por el Ministerio de Desarrollo y Vivienda (MIDUVI). Además, se considera un logro que los líderes comunitarios, que son en su totalidad hombres, se sensibilicen frente a las necesidades prácticas de las mujeres de la comunidad y que hayan visto la



importancia de la construcción de 24 lavanderías, 12 cubiertas de lavanderías y la instalación de 36 duchas eléctricas.

**Actividad 2.2. Capacitación a Juntas Administradoras de Agua Potable, Auxiliares Comunitarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud en manejo adecuado de desechos sólidos.** Se realizaron las capacitaciones para cada uno de los colectivos con los siguientes resultados:

Gráficos. Faltan.

**Actividad 2.3. Capacitación a Auxiliares Comunitarios de Salud, Agentes Comunitarios de Salud y familias en temas de disposición adecuada de excretas.**

Un total de 49 personas participaron en los talleres.

### **Resultado 3**

**Actividad 3.1. Evento de coordinación anual para la construcción de un plan de capacitación al personal del MSP, SSC, Voluntarios, voluntarias, parteros, parteras.**

Se realizó un evento con la participación de autoridades del Distrito de Salud Colta –Guamote, del Seguro Social Campesino y Plan Internacional.

**Actividad 3.2. Evento trimestral para evaluar el cumplimiento del plan de capacitación.** Se realizaron 5 eventos para evaluar el cumplimiento del plan de capacitación a lo largo del proyecto. Estos se realizaron con la participación de autoridades del Distrito de Salud Colta – Guamote y Plan internacional.

**Actividad 3.3. Eventos anuales para revisión de cumplimiento de indicadores e inclusión en prestaciones culturalmente apropiadas (ejem. Parto tradicional) que tiene el MSP.** Esta actividad es parte del fortalecimiento del enfoque intercultural del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, el cual implica definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención.

**Actividad 3.4. 4 Eventos de capacitación anual en nuevo modelo de atención, AIEPI clínico, nutrición, hábitos de higiene y medicina ancestral a personal del MSP, SCC, Yachaks, parteras con un total de 54 parteras, parteros, 52 agentes comunitarios de salud(voluntarios y voluntarias de salud), 50 personal de salud y auxiliares de salud.**

Todos los eventos se realizaron con normalidad consiguiendo los resultados previstos (Ver hoja de Excell anexa con el desglose).

**Actividad 3.5. 1 evento anual para revisión y ajuste al plan de capacitación a partir de los resultados de la evaluación anual de procesos y procedimientos que tiene el MSP, SSC, en atención primaria y especializada, para que estos guarden correspondencia con el nuevo modelo de atención.** Se realizó en febrero del 2015, en coordinación con el Distrito de Salud Colta – Guamote, con el objetivo de

revisar el plan de capacitación que se venía implementando a profesionales de salud, parteras, parteros, auxiliares de salud y agentes comunitarios de salud, para analizar los avances y dificultades, y coordinar próximas actividades. DATOS

**Actividad 3.6. 1 evento semestral para revisión y mejoramiento del sistema de información, seguimiento y evaluación de atención primaria y especializada (Sala Situacional).** La sala situacional es una estrategia del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud que viene implementando el Ministerio de Salud. Actualmente el Estado ha mejorado considerablemente las estrategias para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones, sin embargo debido a que los procedimientos y normativas son nuevos y en el Distrito de Salud Colta -Guamote hay alta rotación de personal, estas estrategias y acciones muchas veces no son aplicadas en forma adecuada.

**Actividad 3.7. Monitoreo y acompañamiento mensuales en el campo al voluntariado por parte del personal del MSP, para la implementación del nuevo modelo de atención.** Esta actividad inició en Mayo 2015, debido a que primeramente se debía contar con las redes de los agentes comunitarios de salud conformadas y capacitadas, y debía estar definido el rol de los mismos a nivel comunitario y como redes de apoyo.

**Actividad 3.8. 1 evento anual de evaluación y sistematización de las mejores prácticas.** Este evento se realizó en octubre 2015, anteriormente se había realizado un evento de evaluación del proyecto que fue incluido en el evento anual para revisión y ajuste al plan de capacitación.

Las conclusiones de esta actividad que supone, de hecho, una evaluación interna del proyecto, son de una gran utilidad y muchas de ellas serán usadas por nosotros en nuestras conclusiones y recomendaciones. Son, además, un material de gran relevancia para proyectos similares en el sector salud con comunidades indígenas y en los que puedan participar diversos perfiles profesionales y sociales.

**Actividad 3.9. Fortalecimiento a las 5 unidades operativas de salud.** Esta actividad se planificó y aprobó por la Generalitat Valenciana en la modificación de mayo 2015, con el objetivo de contribuir al cumplimiento del resultado 3 y a la sostenibilidad del proyecto.

Esta actividad incluye dos componentes:

- 1.- El fortalecimiento de los comités locales de salud para la participación social en salud
- 2.-Dotación de materiales para 5 unidades operativas para fortalecer sus actividades de promoción de salud dentro de la atención primaria de salud.

## 2.4 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Para la administración de proyectos financiados por otros donantes, como el caso de la Generalitat Valenciana, además del personal habitual de Plan Internacional en Ecuador se contratan personas encargadas de la gestión para el desarrollo del mismo. La coordinación general del proyecto ha recaído sobre diversas personas pero la última responsable, que se incorporó a estas tareas en septiembre del año 2014 ha garantizado la buena marcha del mismo y la consecución de los logros del proyecto. Otras personas de la Oficina de Plan en Chimborazo han participado en las actividades de proyecto pero no han estado adscritas a tiempo completo al mismo. Así, el Gerente de la Oficina Plan Chimborazo – Bolívar ha realizado la dirección general del proyecto y algunos de los técnicos (Técnicos de desarrollo local en la terminología de Plan) han participado en las actividades. Estas tareas se han visto complementadas por las de coordinación administrativa y financiera, por las de los facilitadores de patrocinio en las zonas del proyecto e, incluso, por la colaboración de pasantes de la Universidad.

Durante la implementación del proyecto se dieron **cambios a nivel de la coordinación del proyecto**. Estos cambios se dieron en forma ordenada, tomando en cuenta la transferencia adecuada de la información. Esto no ha tenido repercusión en el alcance de los objetivos y resultados del proyecto, más allá de los retrasos y acumulación de tareas a los que hemos hecho referencia.

La adecuación de los perfiles profesionales a las actividades del proyecto parece muy alta y es destacable la incorporación de personas de etnia kichwa o muy conocedoras de su cultura e idioma lo que ha facilitado la actuación.

## 2.5 ACTORES IMPLICADOS

Dadas las características del proyecto, éste ha desarrollado una amplia gama de acciones con otros actores, empezando por las comunidades beneficiarias del mismo. El equipo del proyecto se ha coordinado, además, con Ministerios y otras instituciones del Estado, entre las cuales las más relevantes han sido:

- Ministerio de Salud Pública
- Autoridades del Distrito de Salud Colta-Guamote
- Ministerio de Desarrollo y Vivienda
- Secretaría Nacional del Agua
- GAD Municipal de Guamote
- Mesa de Salud del Gobierno Municipal de Guamote
- Seguro Social Campesino
- 

Es de destacar el buen clima de diálogo con todas las instituciones y colectivos implicados y el elevado respeto que el proyecto y el trabajo de Plan Internacional suscita en las entidades.

### 3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRINCIPALES HALLAZGOS

**a. PERTINENCIA:** Se trata de la adecuación de los objetivos y resultados al contexto en que se realiza, ello incluye su adecuación a los problemas y necesidades de la población beneficiaria, las políticas existentes y otras actuaciones sinérgicas.

En términos generales se considera **MUY ALTA** la pertinencia o relevancia del proyecto, dado que el mismo se articula claramente con las necesidades y derechos de las comunidades afectadas y con las políticas públicas en materia de salud previstas desde el Plan Nacional del Buen Vivir.

El proyecto se identificó sobre la base de los buenos resultados de un proyecto anterior también financiado por la GV que se había centrado en construcción de equipamientos en materia de salud. Ello hizo que en la primera formulación del proyecto se incluyeran algunos **indicadores en materia de salud muy exigentes y que no reflejaban la orientación real del proyecto**. Así, para el Objetivo general se incluía, por ejemplo, como IOV. 1.1. Disminuir del 17% al 10 % la incidencia de Enfermedades Diarreas Agudas y Parasitarias en los menores de cinco años en la zona de incidencia del proyecto. O el IOV.1.2. Disminuir del 10% al 3% la incidencia de enfermedades de la piel (escabiosis y piodermatitis) en las niñas, niños y adolescentes de las comunidades de intervención del proyecto. La revisión posterior del proyecto fue modificando el enfoque y lo adaptó, además, a los nuevos lineamientos del MSP y de las nuevas estructuras administrativas en materia de salud en la zona.

El proceso de elaboración del proyecto no fue muy participativo y la evaluación ha constatado que, aunque desde Plan Internacional ya se tenían unas excelentes relaciones con las comunidades y sus líderes, éstos fueron consultados de modo ligero en el diseño del mismo. El proyecto anterior había creado unas ciertas expectativas y sensibilizó generando una demanda en materia de salud a la que Plan Internacional quiso dar continuidad. Hay que citar, sin embargo que Plan Ecuador mantiene una relación y acceso constante a las unidades familiares y NNA del cantón a través de su sistema de apadrinamiento. De este modo, el flujo de información con las comunidades es constante, garantizando la participación de las poblaciones en la identificación de sus intervenciones de forma casi permanente. Dado que se trata de una intervención continua, es posible que se contara con su participación para identificar la propuesta en momentos anteriores al de la propia fase de diseño de ésta.

Respecto los diversos componentes del proyecto, los resultados 1 y 3 tienen una lógica muy complementaria que podría haberse planteado de modo más coherente al involucrar ambos, acciones de capacitación con objetivos comunes.

La pertinencia del proyecto se ha mantenido durante todo el periodo de realización del mismo, **ha sabido adaptarse a los cambios del contexto**, y bien puede decirse que se mantiene todavía. El proyecto fue diseñado en un contexto que cambió debido, entre otros aspectos a los nuevos modelos de gestión territorial en el ámbito de la salud. Hay que decir, en cualquier caso que desde la

formulación hasta la implementación pasaron más de 18 meses y eso ha significado para Plan adaptar nuevamente la propuesta, lo que fue posible gracias a la llegada a la oficina de Chimborazo de un nuevo responsable y una nueva coordinadora del proyecto. A pesar de las dificultades que entrañaron los cambios de personal técnico para la ejecución del proyecto y de la rotación que existe en los funcionarios públicos, creemos que es fundamental reconocer que el trabajo pudo desarrollarse por la presencia que desde hace más de 10 años tiene Plan Internacional en las comunidades ecuatorianas seleccionadas, estructurando su intervención a través de gestores y voluntarios, los cuales tienen una gran capacidad de movilización y reconocimiento, como analizaremos posteriormente.

Un **componente fundamental de la pertinencia es la adecuación** de las orientaciones del proyecto al contexto. La evaluación considera que la adecuación es **ALTA**. Para lograr cumplir con el objetivo y los resultados previstos fue necesario adaptar la programación y ejecución del Proyecto y se modificaron algunas actividades previstas y se adecuaron aún más al entorno. El proyecto, además, ha mostrado **flexibilidad y capacidad de adaptación** a los cambios.

El proyecto puede considerarse también muy pertinente y adecuado en materia de las estrategias de trabajo planteadas con las comunidades indígenas sujeto de la intervención. El proyecto, así como toda la actuación de Plan Internacional en la región de Chimborazo es absolutamente **respetuoso con los elementos culturales propios de las comunidades y con los enfoques diferenciales necesarios para trabajar junto con ellas**. También, y luego desarrollaremos este aspecto, ha sabido incorporar de un modo muy pertinente el **enfoque de género** a un ritmo y con unos contenidos que pueden ser aceptados por las comunidades.

El último componente de la pertinencia que en ocasiones se olvida tiene que ver con la **calidad del diseño**. El equipo evaluador considera que la matriz de planificación de proyecto inicialmente aprobada tenía algunos problemas que hicieron que debiera ser reformulada posteriormente. En conjunto la matriz de planificación de proyecto final (lo que suele conocerse como el Marco lógico) es de buena calidad aunque mantiene los indicadores del Objetivo general que ya hemos citado que quedan fuera del alcance del proyecto. Desde una perspectiva formal podría haberse logrado una matriz de proyecto más coherente agrupando los resultados 1 y 3 de otro modo ya que ambos se centran en acciones de capacitación, promoción, sensibilización con orientaciones comunes. El resultado 2, centrado en la construcción de las UBS tiene su propia lógica.

La formulación de los objetivos es demasiado ambiciosa y difícil de medir con indicadores precisos y adecuados. Debemos, no obstante, valorar los esfuerzos para ir mejorando la MPP y utilizar los indicadores para las tareas de seguimiento.

**b. EFICACIA: grado de consecución de los objetivos. La evaluación de la eficacia de las intervenciones trata de medir el grado de consecución de los objetivos previstos independientemente de los recursos invertidos.**

El proyecto ha alcanzado un nivel de eficacia **ALTO** atendiendo al grado de realización de las actividades y de cumplimiento de los indicadores de objetivos específicos y de los resultados esperados. En el apartado 2.3 hemos detallado el grado de realización de las actividades y en éste nos centraremos en el de consecución de objetivos.

Desde el punto de vista de los **resultados** tendríamos:

**R1: Familias han mejorado los hábitos de higiene respecto a conocimientos, actitudes y prácticas saludables. Consecución al 100%.**

120 familias con conocimientos, actitudes y prácticas, además de motivadas y sensibilizadas respecto a hábitos de higiene.

1468 familias informadas y sensibilizadas en el tema de higiene.

15 Auxiliares Comunitarias/os de Salud capacitadas/os en hábitos de higiene. (10 mujeres, 5 hombres).

94 (40 mujeres, 54 hombres) Agentes Comunitarios/as de Salud (voluntarios/as) capacitados/as en hábitos de higiene.

**R2: 59 Familias de la comunidad Pull Quishuar que cuentan con UBS y que han mejorado las prácticas de eliminación de excretas y desechos sólidos. Consecución al 100%.**

59 familias que disponen de unidades básicas sanitarias. (Algunas por el MINDUVI y no por el proyecto pero de modo coordinado)

59 familias que realizan un tratamiento y/o disposición final adecuada de excretas.

120 familias con adecuada eliminación de desechos sólidos.

120 familias motivadas y sensibilizadas en prácticas favorables al ambiente.

**R3. Fortalecida la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. Consecución al 95%.**

5 redes zonales de agentes comunitarios de salud (voluntarios, voluntarias) y parteras organizadas en la zona de intervención del proyecto, impulsando la participación de las comunidades

3 Unidades Operativas de Salud que fortalecen la planificación intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de salud.

1 Distrito de Salud Colta-Guamote gestionando el talento humano a través de procesos de capacitación continua.

Respecto del **Objetivo específico**, también se han alcanzado los indicadores al 100%:

IOV. 1.1. 120 Familias de la zona de intervención del proyecto con conocimientos, actitudes y prácticas saludables, adecuadas en lo referente a hábitos de higiene.

IOV. 1.2. 120 familias de la zona de intervención del proyecto motivadas y sensibilizadas respecto a hábitos de higiene.

IOV. 1.3. Al finalizar el proyecto 15 Auxiliares Comunitarias/os de Salud de la zona de intervención de proyecto capacitadas/os en AIEPI comunitario, atención prenatal, señales de peligro de muerte en la mujer embarazada y en el niño, planes de contingencia y hábitos de higiene.

IOV. 1.4. Al finalizar el proyecto 30 Agentes Comunitarios/as de Salud (voluntarios) de las cinco redes de intervención del proyecto y 30 técnicos en atención primaria de salud capacitados/as en AIEPI comunitario, atención prenatal, señales de peligro de muerte en la mujer embarazada y en el niño, planes de contingencia y hábitos de higiene.

Sin embargo, como hemos dicho en el apartado de pertinencia, los indicadores del **Objetivo general** no eran adecuados y no se han monitoreado por el proyecto. En cualquier caso es el MSP quien debe hacer el seguimiento de los mismos como ya se ha dicho y están fuera del ámbito de atribución del proyecto.

Los **logros cualitativos** del proyecto, en lo que profundizaremos en impacto, son elevados en materia de generación de vínculos entre las comunidades y las instituciones, fortalecimiento de Comités y juntas en diversos temas, articulación de diversos perfiles profesionales...

**c. EFICIENCIA: Preguntas referidas a la asignación óptima de los recursos del proyecto. Es, además, una medida del logro de los resultados en relación a los recursos que se utilizan.**

Consideramos la eficiencia del proyecto **ALTA**. Aunque el proyecto ha solicitado en dos ocasiones modificaciones, las mismas han respondido a la dinámica cambiante del territorio y a la mejor estrategia que la oficina ha acordado para lograr cumplir con los resultados y objetivos previstos en el proyecto.

Un primer análisis, en espera de la auditoría que se ha realizado simultáneamente a esta evaluación, muestra que los recursos se han usado de un modo muy eficiente y que incluso se han sumado otros recursos, algunos de ellos de difícil cuantificación que han redundado en un aumento de la eficiencia.

En primer lugar las aportaciones de los voluntarios de diversos tipo (Agentes comunitarios de salud, participación de las comunidades, otros voluntarios de Plan en Ecuador...) que han sido esenciales para el logro de los objetivos del proyecto.

En segundo lugar las aportaciones de las entidades públicas en las capacitaciones, en los eventos, en otras actividades del proyecto que se han realizado sin coste alguno para el mismo.

En tercer lugar, las sinergias con otras aportaciones de otras formas de financiación de Plan Internacional en las zonas (patrocinio, otros proyectos...) que han hecho que haya existido una cierta concentración de recursos en comunidades especialmente vulnerables.

Es de destacar asimismo el bajo porcentaje de gastos administrativos asignados por el proyecto.

Un aspecto más crítico relacionado con la eficiencia tiene que ver con el **respeto del cronograma y los retrasos**. Como hemos dicho en varias ocasiones, el inicio del proyecto topó con ciertas dificultades, debidas algunas de ellas a un diseño confuso, y a cambios en las personas a carga del mismo. Eso ocasionó que en la última fase del proyecto se acumularan un elevado número de actividades casi simultáneas que hizo muy compleja la finalización del proyecto. Los cambios producidos durante la ejecución del proyecto no afectaron finalmente a la consecución de metas de forma adecuada. Ello es debido al esfuerzo realizado por el equipo de Plan, como es recogido en el informe. Es destacable que gracias al esfuerzo de los miembros de la organización se consiguieran realizar todas las actividades pero si se hubiera trabajado de un modo más ordenado puede que los resultados hubieran sido aún mejores.

#### **1.4. IMPACTO: Efectos de la intervención / mensurabilidad. Análisis sistemático de los cambios producidos en la vida de los beneficiarios**

Aunque el proyecto ha terminado recientemente, podemos decir que el impacto en las comunidades es **ALTO** pues ha tenido incidencia sobre el objetivo general de mejora de la salud y sobre todo sobre el específico, es decir que **ha fortalecido la capacidad de las comunidades para que se apoderen** y mejoren las condiciones en las que viven.

Algunos de los impactos más perceptibles, en ausencia de una evaluación más profunda los mismos, serían:

- **Consolidación de actores del cantón:** Juntas de agua, Comités locales de salud, etc, comunidades más organizadas. Las sinergias con otros proyectos en las comunidades y la trayectoria de Plan en dichas comunidades ha aumentado el impacto. La evaluación ha podido confirmar que la presencia de Plan en la zona a través de sus diversos programas ha aumentado el impacto de las acciones.
- **Mejora en la articulación entre diversos actores.** A eso habría que sumar el creciente reconocimiento del papel de figuras y roles profesionales como las TAP, los voluntarios y voluntarias, etc y su articulación con las instituciones.
- **Ausencia de impactos negativos** (*Do no harm*) en términos culturales y sociales. Las comunidades quichwas valoran muy positivamente la ausencia



de impactos negativos y algunas actividades del proyecto (capacitación de parteras, defensa del parto domiciliario con técnicas adecuadas...) han contribuido a la mejora de las metodologías tradicionales.

- **Contribución al fortalecimiento de comunidades indígenas y a su autoestima.** En muchas de las actividades de capacitación del proyecto se ha prestado mucha atención a este tema que es muy relevante en comunidades afectadas por una fuerte marginación y que han visto, en ocasiones, vulnerados sus derechos de participación en términos de igualdad y respeto.
- **Positivo impacto de género.** Este tema por sí solo necesitaría de una evaluación en profundidad pero las opiniones de los y las participantes en los grupos focales y reuniones muestran evidencias de que se han producido cambios significativos en la participación de las mujeres, en los roles que tanto ellas como los hombres asumen en las comunidades y en el avance hacia una mayor equidad de género. En muchas de las reuniones, una vez superados los miedos iniciales y las barreras lingüísticas (hubo que trabajar con traductores especialmente en los grupos de mujeres) el tema de género y equidad fue el que más intervenciones suscitó. Por otra parte, tanto en los Comités de salud, como en las Juntas de agua u otros organismos comunitarios la participación de las mujeres y su liderazgo es cada vez mayor. De acuerdo con la memoria anual de Plan internacional y otros documentos, uno de sus principales retos es el de combatir la exclusión por razón de género, discapacidad u origen étnico, por lo que como enfoque transversal se intenta que todos los niños y las niñas tengan las mismas oportunidades en la vida, así entonces se ha concertado **un Plan de Acción de Género para trabajar la igualdad; dicha estrategia contempla la formación en la materia de todos los trabajadores y técnicos de los proyectos así como la intención de promover un lenguaje inclusivo y de potenciar los liderazgos femeninos al interior de las comunidades.** El proyecto evaluado ha caminado en esta línea aunque sigue siendo muy importante que todas las intervenciones de Plan contemplen acciones específicas en esta materia.

Como se dijo al inicio, una de las razones que hicieron que en el pasado una gran parte de la cooperación internacional se centrara en el cantón Guamate fue la elevada tasa de mortalidad materna. Según las fuentes oficiales, la situación ha mejorado tanto que puede acabarse el año 2015 sin una sola muerte por esta causa.

**1.5. SOSTENIBILIDAD: viabilidad futura de la intervención. Puede definirse como el grado en que los efectos positivos derivados del Proyecto continúan una vez se ha finalizado el mismo**

Con respecto a la sostenibilidad del proyecto hemos de decir que se considera **MEDIA-ALTA**, ya que existen razones para aseverar que parte de las actividades se

mantendrán en las comunidades e incluso se ampliarán por el fuerte compromiso de las autoridades de salud, los GAD municipales y las propias comunidades:

- ✓ A nivel de la provincia de Chimborazo, Plan es percibido como una organización que construye propuestas y respuestas a la dinámica de la provincia y que están ancladas a las agendas y planes de los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, entre otros, así como a los planes de los GAD municipales. Al tener esta alineación se evidencia una coherencia con el Plan Nacional del Buen Vivir. De hecho conocemos que están firmados y vigentes convenios interinstitucionales que avalan esta afirmación.
- ✓ Igualmente, el MSP y los responsables zonales en materia de salud tienen como misión garantizar la elaboración de estrategias que protejan los derechos de las NNA y sus comunidades en esta materia. Los nuevos perfiles como los TAP deberían garantizar esta dimensión.
- ✓ Las comunidades han avanzado mucho en la interiorización de los objetivos y actuaciones del proyecto y cuentan con estructuras como los comités y juntas para darles continuidad. Cuentan también con personas mucho más preparadas que al inicio del proyecto. El grado de autonomía de algunas comunidades es muy alto.

Sin embargo, existen otras circunstancias que ponen en riesgo la sostenibilidad del mismo:

- ✓ Plan Ecuador no considera ya que las actuaciones en materia de salud como las de este proyecto sean prioritarias en el futuro. En otros ámbitos de la salud como la salud sexual y reproductiva se piensa seguir trabajando pero se ha reducido el trabajo en los temas centrales de este proyecto.
- ✓ Algunas comunidades siguen necesitando de apoyo externo y desconfían de que en ausencia de Plan Internacional las autoridades sigan apoyándoles.
- ✓ El reconocimiento de ciertas figuras como las parteras tradicionales es, teóricamente alto pero su papel está disminuyendo de hecho lo que plantea ciertos retos si no se les apoya convenientemente. La evolución de las prioridades estratégicas a nivel sectorial de Plan no implica que se vaya a desatender colectivos meta con los que se ha estado trabajando anteriormente. El presente proyecto se integra en una estrategia de Plan mucho más amplia en la zona que no se ve afectada por la finalización del proyecto.
- ✓ En un contexto de crisis es necesario buscar nuevas fuentes de financiación, tarea que ya se hizo evidente en la evaluación y que uno de los temas claves por lo menos para garantizar continuidad en los gobiernos cantonales y parroquiales que en los territorios vinculados al proyecto cuenta con presupuestos muy escasos. Se presume que el apoyo mediante recursos al sistema comunitario de salud deberá disminuirse de manera progresiva, para ser asumido por el sector público. Debido a ello, la tendencia de Plan ha de ir orientándose cada vez más al trabajo de incidencia, para que las capacidades, estructuras y espacios apoyados con el proyecto se vean garantizados por el sistema de salud pública.

- ✓ Adicionalmente, es complicado garantizar la sostenibilidad del proyecto sin el liderazgo de Plan puesto que el proceso de consolidación de las relaciones interinstitucionales es aún incipiente.
- ✓ Dado que la igualdad de género no es un “asunto de mujeres”, sino que atañe y debe involucrar a hombres y mujeres, niñas y niños y que se considera un asunto de derechos humanos y una precondition e indicador del desarrollo sostenible; **es fundamental realizar actividades que promuevan la igualdad de género comenzando por el ámbito del hogar pues esta tiene implicaciones directas y profundas en las comunidades y también para las relaciones entre los estados y sus ciudadanos y ciudadanas**: los avances hacia la igualdad de género requieren cambios en el seno familiar, la cultura, la política, la economía, además de cambios en la legislación y su aplicación.

**1.6. APROPIACION: liderazgo de los socios locales. Valora hasta qué punto las instituciones ejercen un liderazgo efectivo sobre sus políticas y estrategias de desarrollo, lo que implica la coordinación de las actuaciones de los donantes.**

Consideramos que la apropiación es **MEDIA-ALTA** ya que, aunque no hemos encontrado evidencias sobre la participación de los beneficiarios en la formulación o en la definición de las estrategias para la ejecución del proyecto, sí que se han incorporado de modo relevante en el trascurso del mismo. No obstante, sí es evidente el esfuerzo de Plan porque dichas estrategias involucraran activamente al conjunto de los actores en el contexto de actuación, propiciando su empoderamiento, y al mismo tiempo, se buscaron sinergias que permitieron alinear el proyecto con las políticas públicas.

La participación de la mayoría de los beneficiarios se centró especialmente en los procesos de capacitación y articulación, pero estos escenarios fueron vitales para identificar los liderazgos y potenciar los mismos, estimulando que se asumieran responsabilidades concretas al interior de las comunidades involucradas. En ese sentido, se constituyeron y aún continúan activos en la mayoría de las comunidades:

1. Agentes y auxiliares comunitarios de salud.
2. Juntas Administradoras de Agua.
3. Parteras y sanadores ancestrales.
4. Comités locales de salud. Mesas de Salud.

La entrega de dotaciones específicas para cada uno de estos grupos ha contribuido a que se continúe afianzando los conocimientos adquiridos y se multipliquen. Aun así, algunos colectivos como el de parteras, a los que se ha fortalecido, perciben que necesitan más apoyo y que las instituciones no se lo brindan.

La apropiación a nivel nacional y el fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos locales, es, finalmente, una de las estrategias más relevantes de la cooperación, por lo que es importante y valorar la asistencia técnica y la gestión de alianzas con múltiples actores para complementar recursos, enriquecer propuestas y potenciar procesos de incidencia que desarrolló Plan. Por ello, es relevante consolidar y formalizar las redes que el Proyecto ha ido generando, pues ello también contribuye la sostenibilidad.

Como ya hemos mencionado a lo largo de este documento, las actividades han contribuido a mejorar y facilitar la relaciones entre los representantes (técnicos ministeriales, locales, provinciales), las comunidades, y otras instituciones; pero, es importante resaltar que al momento son escasos los recursos económicos para que el proyecto sea asumido totalmente por las contrapartes y socios locales.

El equipo de Plan Ecuador también hace un reconocimiento a dos situaciones en concreto: la primera es que, dada la actual coyuntura política referente a la **capacidad de intervención de las ONG en Ecuador**, este proyecto ha sido reconocido y ha fortalecido la intervención de Plan en materia de salud de tal manera que autorizó la entrada de funcionarios de Plan en los centros sanitarios y se reconoce a esta ONG como un aliado con capacidad una gran capacidad de gestión.

En segundo lugar, este proyecto ha fortalecido sus **capacidades internas en materia de salud y sectores conexos como agua y saneamiento**, de tal manera que según lo reportado sería muy interesante que a escala de país todas las oficinas incorporan de forma transversal la temática, Asimismo, el proyecto ofreció escenarios para la formación de su propio personal la validación y actualización de metodologías.

Evidentemente, uno de los aspectos más claros del desarrollo del proyecto es que el equipo aprovechó todas las sinergias que podían establecer entre estos programas definidos por los gobiernos territoriales. No obstante, en las comunidades el personal local destinado al tema es insuficiente, a veces con escasa formación en la temática, con lo que el proyecto construyó escenarios para que estos recibieran formación específica y, en especial, se facilitara un proceso de integración de acciones entre varias instituciones locales.

**1.7. COBERTURA/ PARTICIPACIÓN: Preguntas referidas a los colectivos atendidos. Grado de disfrute de los efectos del proyecto por parte de los grupos desglosados de los/as beneficiarios/as (por sexo, grupo étnico, socioeconómico, cultural, etc.).**

La cobertura/participación se considera **MUY ALTA** ya que se han superado la cantidad de beneficiarios previstos en del proyecto, aunque no participan todos con la misma intensidad. Ya hemos dicho que pueden definirse de alguna manera diferentes "grupos de beneficiarios" que se agrupan según los roles previstos en la

estrategia de ejecución, que vinculaba desde actividades muy especializadas para ciertos sectores y grupos, hasta acciones en las que toda la comunidad podía participar.

Ya se mostraron en el apartado 2.3. los datos y el desglose por sexo de las actividades realizadas.

Un aspecto que queremos poner de manifiesto es que, pese a ser la niñez el centro del proyecto, muy pocas de las actividades han ido destinadas directamente a los NNA. La lógica del proyecto, su teoría del cambio, parte de estimar que es el trabajo indirecto a través de sus familias y comunidades el que va a mejorar sus necesidades y proteger sus derechos. La evaluación comparte este enfoque pero estima que algún número mayor de acciones específicas con NNA hubiera sido conveniente.

## **1.8 OTROS ASPECTOS: Visibilidad, información, gestión del conocimiento.**

Queremos, por último hacer algunas referencias a algunos otros aspectos muy relevantes en el proyecto:

**Visibilidad.** Desde el proyecto se han elaborado materiales de gran calidad y originalidad para las capacitaciones, según la necesidad de cada grupo y cada tema. Todos estos materiales de comunicación fueron construidos en conjunto con el Distrito de Salud Colta - Guamote, y llevan el logo de la Generalitat Valenciana. Se suministran en anexo algunos de estos materiales (Cuadernos afiches, juegos... ) y algunos archivos fotográficos de los mismos.

El proyecto ha sido muy riguroso en el uso de los logotipos y la imagen gráfica de la GV en todas sus actuaciones.

**Información y comunicación interna y externa.** La evaluación pudo comprobar in situ los positivos intentos de Plan por transmitir a las comunidades y a la población en general las acciones y logros del proyecto. Estos esfuerzos han tenido resultados evidentes en términos de reconocimiento público, notoriedad, etc.

**Gestión del conocimiento.** El proyecto incorporó en su parte final algunas acciones de sistematización con logros muy positivos. El evento anual de evaluación y sistematización de las mejores prácticas se realizó en octubre 2015 (anteriormente se había realizado un evento de evaluación del proyecto que fue incluido en el evento anual para revisión y ajuste al plan de capacitación).

Esta actividad se planificó dentro del proyecto como una estrategia que contribuya al aprendizaje institucional, que permita mejorar y ser más efectivos en futuras intervenciones. El evento se realizó en coordinación con el Distrito de Salud Colta – Guamote y la Mesa de Salud del GAD Municipal del cantón Guamote, y tuvo como objetivos:

- Facilitar un proceso de reflexión crítica, desde la mirada de los actores del proyecto y recoger información para la sistematización de buenas prácticas, para generar procesos de aprendizaje.
- Identificar los principales logros y dificultades de las actividades realizadas dentro del proyecto
- Recoger buenas prácticas relacionadas a la ejecución del proyecto para contribuir al aprendizaje y mejoramiento de las intervenciones.
- Extraer recomendaciones que hubiesen hecho más efectiva la intervención, desde cada uno de los actores del proyecto

Los resultados fueron excelentes y se recogen en el informe final del proyecto.

## 4. CONCLUSIONES

Aunque a lo largo del texto se han ido incorporando algunas valoraciones y elementos concluyentes, incluimos aquí de modo resumido las principales conclusiones de la evaluación:

- El **proyecto aborda una problemática muy relevante en la situación de la región y la estrategia de trabajo es adecuada para la población beneficiaria fundamentalmente indígena quichwa**. Como se ha mencionado ampliamente Ecuador ha incluido estos enfoques en sus políticas públicas, pero es muy conveniente el mantener el apoyo de la cooperación internacional que de valor añadido.
- El proyecto ha contribuido a mejorar la capacidad local, es decir se ha mejorado las habilidades del Distrito de Salud Colta – Guamote de responder a la problemática de salud de la localidad. De ese modo, **se ha contribuido al cumplimiento de los objetivos del Buen vivir**, al trabajar por la disminución de la muerte materna, y de la mortalidad infantil.
- El proyecto ha tenido **logros relevantes en materia de conformación de redes**, articulación interinstitucional, mejora de las relaciones entre las comunidades y las administraciones públicas. Se ha contribuido a fortalecer la participación comunitaria en salud, al trabajar en coordinación con agentes comunitarios de salud, parteras, comités locales de salud.
- El **proyecto ha posibilitado y dinamizado el encuentro entre las diferentes entidades a nivel territorial y los técnicos reconocen que esos vínculos les han permitido adelantar otras acciones conjuntas**. Sin embargo, existe el riesgo de generar cierta dependencia de los recursos de cooperación internacional para mantener y ampliar estas actividades. Este tema es relevante para Plan.
- Los **recursos y el talento humano se han empoderado y sensibilizado respecto del modelo de atención de salud MAIS** (Modelo de atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural). Los diversos roles y perfiles profesionales se han aclarado y consolidado.
- Es importante reconocer el **logro de haber apoyado a los Comités de salud o las Juntas agua**, de acuerdo con los trámites y las directrices institucionales al respecto. Sin embargo, siguen siendo todavía más en el plano formal que en el real por lo que es necesario continuar con acciones que les permitan consolidar esos avances.
- Los resultados e **impactos en materia de género y enfoques culturalmente adecuados han sido importantes** y se han realizado con una fuerte valoración positiva por parte de las comunidades.

- La **elevada rotación del personal ha limitado la consolidación de la memoria institucional** y la consolidación de los aprendizajes del proyecto. Aunque esto se ha corregido en la última fase.
- Pese a que los talleres y capacitaciones contemplan una evaluación al finalizar los mismos, **no hay ninguna actividad que nos permita constatar que esta formación posteriormente implica cambios a más largo plazo.**

## 5. LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS

- Constatamos que **la estructura de voluntarias (agentes de diversos tipos) de Plan internacional en el terreno fue la que posibilitó lograr llegar al número de beneficiarios previstos** y desarrollar las acciones planteadas. El trabajo previo de Plan es una excelente práctica que facilita el desarrollo de nuevos proyectos.
- Creemos muy importante valorar aquí el trabajo de Plan logrando articular las metodologías y normativas existentes con las de las autoridades.
- Aunque existe una normativa para **la gestión de los recursos económicos de acuerdo con un sistema interno en Plan para la oficina de Plan Chimborazo ha sido todo un reto y un trabajo de aprendizaje adaptar este sistema a las exigencias planteadas para los proyectos desarrollados bajo la normativa de la Generalitat Valenciana.**
- Desde el punto de vista de **gestión general** del proyecto aparecen varias prácticas muy positivas<sup>5</sup>:
  - o El proyecto se planificó y ejecutó en coordinación con los actores locales.
  - o Se tomó en cuenta y se respetó la rectoría del Ministerio de Salud Pública.
  - o El proyecto trabajó desde diferentes ámbitos, el proceso educativo a todos los actores, permite abordar el problema desde varios frentes.
  - o Los facilitadores de los talleres a los profesionales de salud, auxiliares, parteras, agentes comunitarios fueron del Distrito de salud, lo que permitió asegurar un conocimiento y aplicación de las normas, lineamientos, procedimientos, y protocolos de atención del MSP.
  - o Fue acertada la actividad de pasantía con los comités locales de salud, ya que en la cultura indígena se queda con mayor facilidad lo práctico, lo que pueden ver por eso es importante las

---

<sup>5</sup> Extraídas, muchas de ellas, del documento e sistematización final.



- prácticas demostrativas. Es muy positivo el realizar los Talleres a familias en el mismo idioma.
- Fue muy importante que dentro de la planificación de los talleres a las parteras se incluya el reconocimiento de los saberes ancestrales, el reconocimiento de nuestras propias actividades (agüitas, manteo, acomodación, limpias, etc.).
  - A pesar de que se han hecho esfuerzos por vincular el tema de género en todas las acciones del proyecto, en la comunidades sigue siendo una tarea continuar transformado los roles de las mujeres y las niñas en casos de emergencias pasando de víctimas a agentes de transformación. Fomentar actividades que promuevan cambios a favor de la igualdad, participación, transformación social, inclusión, empoderamiento de las mujeres y las niñas,
  - Uno de los **puntos fuertes del proyecto tiene que ver con la conformación de los Comités Locales y Juntas**. Sin embargo, es fundamental continuar con iniciativas que les permitan a sus miembros desarrollar capacidades operativas básicas para la gestión de esos temas en las comunidades.
  - La ejecución del proyecto creemos que contribuye significativamente a evidenciar que **sigue siendo un reto para las autoridades ecuatorianas avanzar en la regulación de la colaboración público privada en materia de salud** en el que es fundamental integrar los diversos esfuerzos.

## 6. RECOMENDACIONES

### 1. Para Plan Internacional Oficina País de Ecuador

- a. **Continuar el apoyo de Plan en las diferentes problemáticas del cantón Guamote** ya que para mejorar algunos de los indicadores se necesita de procesos a largo plazo (mínimo 5 años). Continuar con las evaluaciones regulares para ver los impactos.
- b. Valorar cómo **dar continuidad a ciertas acciones que permitan una mayor sostenibilidad en materia de salud**. Al haber decidido no priorizar las acciones de salud en la actual estrategia de Plan, es preciso estudiar este tema. Por ejemplo, Plan podría continuar su trabajo con los agentes comunitarios de salud en otros proyectos. De igual modo, fortalecer el reconocimiento de los comités locales de salud ante las comunidades e instituciones como los GAD parroquiales y municipales. Por último, incluir nuevos temas como nutrición, salud sexual y reproductiva... que afectan a NNA.
- c. Fortalecer el uso del **Enfoque basado en derechos humanos, especialmente de NNA**, en todas las acciones de Plan e incorporarlo más en los proyectos de salud. La salud como derecho de todos y especialmente de NNA.
- d. Fortalecer la formación del personal en materia de **gestión del ciclo del proyecto (PCM)**, más en concreto, en cuanto a formulación y seguimiento, e indicadores, especialmente de donantes del sistema español. Si para Plan Ecuador la estrategia de obtener mayores recursos de cooperación internacional entra como una de sus principales líneas de financiación sería conveniente.
- e. Promover un **mayor uso de la evaluación como estrategia de aprendizaje** e invertir mayores recursos en tareas de sistematización de experiencias y buenas prácticas. Realizar también tareas de seguimiento y de evaluaciones de impactos en proyectos que, como éste, tiene tantas acciones de capacitación.
- f. Mejorar el **uso de los indicadores** de monitoreo para poder medir mejor los impactos de los proyectos.
- g. Tal y como se han concebido este y otros proyectos similares estos solo pueden ser posibles si se materializan desde los principios de gradualidad, flexibilidad, priorización, articulación, calidad, corresponsabilidad, solidaridad y beneficio mutuo, desde estos principios, las partes consolidan y amplían sus relaciones. Así, entonces, es **fundamental hacer explícitos los recursos económicos y humanos que destinan todos los actores** miembros, las aportaciones de las comunidades, los recursos que en algunos casos

destinaron los GAD y otros costos que, por ejemplo, aportan los Ministerios solidariamente para las reuniones de coordinación y otras actividades.

- h. Continuar con acciones que promueven la participación y el establecimiento de **alianzas y partenariado** con actores gubernamentales, no gubernamentales, la sociedad civil y el sector civil. Mantener el trabajo coordinado e intersectorial.
- i. Continuar con el empleo de **metodologías y recursos didácticos novedosos** que promueven la participación de los niños, niñas y adolescentes en sus comunidades. Los voluntarios, docentes y líderes comunitarios le dan mucha importancia a las metodologías y recursos didácticos y de comunicación del proyecto (guías, mapas y juegos) y sobre la como estos facilitan la formación en para los NNA. En virtud de ello, consideramos que se debe continuar con el empleo de estas metodologías.
- j. Continuar, incluso enfatizar los **enfoques culturalmente adecuados y el uso de la lengua quichwa** en los proyectos.
- k. Diseñar más **acciones específicas hacia NNA** dentro de los proyectos. El trabajo con familias, entorno escolar y comunidades es muy importante pero deben pensarse actuaciones más directas hacia NNA, sobre todo hacia la población adolescente.
- l. Fortalecer la integración del **enfoque de género** en las diferentes fases del ciclo del proyecto. En este sentido, es importante incluir objetivos e indicadores sensibles a la dimensión de género y promover acciones focalizadas al interior de los GAD y los otros socios. Asimismo, se recomienda que el diseño e implementación de futuras intervenciones incorporen la dimensión de empoderamiento de mujeres, niñas y adolescentes, más en concreto, en el ámbito de la toma de decisiones. En este sentido, es recomendable fomentar y fortalecer los liderazgos comunitarios que las mujeres han empezado a ejercer dentro de los comités y brigadas de atención en caso de riesgo. En los próximos proyectos su participación debe fortalecerse y hacerse visible intentando promover actividades en las que ellas sean tomadoras de decisiones.

## 2. Para Plan Internacional – España

- a. Es fundamental **mejorar las estrategias de comunicación institucional interna** con los proyectos financiados en otros países, hacer un seguimiento más cercano de los mismos y agilizar los mecanismos para la toma de decisiones.
- b. **Mejorar la comunicación con los donantes, en este caso la GV, sobre aspectos positivos de los proyectos** que serían susceptibles de ser replicados, usados para sensibilización, educación u otros.

- c. **Profundizar en los aspectos sustantivos de los proyectos** como, en este caso, las enseñanzas en materia de trabajo con comunidades indígenas, género, salud. Los aprendizajes posibles para Plan España de estas experiencias deberían sistematizarse o, al menos, formar parte de un **base de datos de buenas prácticas o similar**.
- d. **Aprovechar el conocimiento que generan proyectos de este tipo** para posibles acciones futuras de Plan.
- e. **Continuar** con el apoyo a proyectos que enfatizen los derechos de NNA desde diversas perspectivas como, en este caso, los temas de salud.

### 3. Para la Generalitat Valenciana

- a. Aprovechar el conocimiento que surge de proyectos y evaluaciones como ésta para **sistematizar (por ejemplo, sectorialmente) las muchas enseñanzas y aprendizajes** que de ellos surgen. La realización de seminarios de intercambio o las de meta-evaluaciones serían algunas vías posibles.
- b. Utilizar las buenas experiencias de proyectos de este tipo para **tareas de sensibilización, educación para el desarrollo o comunicación hacia la sociedad valenciana**. La visibilidad de la GV en el terreno ha sido y es muy fuerte y eso debe ser aprovechado.
- c. Hacer un mayor uso de las imágenes, fotos, materiales creados por los proyectos para acciones como las citadas en el punto anterior o de rendición de cuentas.

## 7. ANEXOS

- I. Términos de Referencia
- II. Oferta aprobada del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH)
- III. Plan de trabajo y metodología y fuentes utilizadas para recopilar de información
- IV. Cronograma de la visita al terreno y personas entrevistadas
- V. Ficha-resumen de la evaluación (modelo CAD).