SANDRA EDITH CUSIRRAMOS JIMÉNEZ

UD19608SHE27472

*“Potential community resources focus and impact assessment of true results”*

Comentario del estudio

“Medición del impacto en el bienestar de niños y niñas, a partir de las acciones realizadas por un Proyecto de Salud”

Suplemento presentado al Departamento Académico

De la Escuela de Ciencias e Ingeniería

Para el cumplimiento Parcial de los Requerimientos Académicos

Para el Doctorado en Ciencias de la Salud

Fecha: 31 de julio de 2013

 Lugar: Lima - Perú

ATLANTIC INTERNATIONAL UNIVERSITY

**TABLA DE CONTENIDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Introducción
 | Página 3 |
| 1. Institución solicitante y participación especifica en la investigación
 | Página 4 |
| 1. Objetivos
 | Página 4 |
| 1. Metodología utilizada
 | Página 5 |
| 1. Logros obtenidos
 | Página 10 |
| 1. Comentarios y conclusiones
 | Página 14 |
| 1. Fuentes revisadas
 | Página 16 |

***“Recursos comunitarios potenciales, focalización y evaluación de impacto de resultados verdaderos***

**Comentario al estudio “Medición del impacto en el bienestar de niños y niñas a partir de las acciones realizadas por un Proyecto de Salud”**

Sandra E. Cusirramos Jiménez

1. **Introducción**

En el Perú, pese a los años y los múltiples esfuerzos en las políticas de salud, los reportes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), del año 2010, la desnutrición crónica afectaba al 34.4% de niños y niñas de la región sierra, mientras que el 8.6% de aquellos residentes en la ciudad capital, Lima metropolitana, era afectado. La prevalencia de anemia en niños y niñas entre 06 a 36 meses, se encontraban en niveles preocupantes, 38% a nivel nacional, en el área rural hasta 58% y en el área urbana 46.2%. En contraste con la desnutrición crónica, la deficiencia de micronutrientes era considerable en la ciudad capital (29%).

Se presenta una revisión de la experiencia en la evaluación de impacto de uno de los proyectos de salud, de una organización internacional de desarrollo, cuya ayuda humanitaria se orienta en el desarrollo del potencial de los niños, junto con sus familias y sus comunidades, como opción para la reducción de la pobreza[[1]](#footnote-1). El Perú, una población vulnerable, ante los problemas nutricionales reportados, fue elegido por esta organización de desarrollo, para su labor en salud, nutrición, educación, y mejora económica, principalmente; para ello, implementó proyectos en diferentes regiones[[2]](#footnote-2), siendo uno de ellos el distrito de Villa María del Triunfo, en Lima. La investigación combinó métodos cuantitativos y cualitativos, para la evaluación del estado nutricional, consumo de alimentos, indicadores socioeconómicos, entre otros, diseñando para una encuesta para este fin.

El análisis del comportamiento poblacional que hubiera influido en los resultados del impacto, fue investigado mediante CAP[[3]](#footnote-3), entrevistas en profundidad y grupos focales. Si bien los resultados de la evaluación de impacto, en algunos indicadores se acercaron a los esperados, estos obedecieron además, a la interrelación dinámica natural, entre actores locales independientes del proyecto; se encontró sustento suficiente para la reflexión sobre la importancia de sistematizar cada una de las etapas en la ejecución de un proyecto de esta naturaleza, la necesidad de asignar recursos humanos suficientes y congruentes con las metas trazadas, focalizar claramente las intervenciones y evaluaciones, así como lo exitoso que resulta un estrategia de intervención, involucrando a la población para alcanzar resultados exitosos y sostenibles, como lo demostrado en el proyecto evaluado. El documento exacto, tiene más de cien hojas y base de datos que revisar, en este comentario, solo se incluyen algunos aspectos de interés.

1. **Institución solicitante y participación específica en la investigación**

La “Medición del impacto en el bienestar de niños y niñas a partir de las acciones realizadas por el Proyecto Salud, en las zona de intervención del PDA César Vallejo”, fue solicitada por World Vision International Perú, a fin de documentar el efecto y continuidad de acciones ejecutadas a partir del año 2007 y que culminaron el año 2010, algo más de un año anterior a la evaluación de impacto.

La evaluación de impacto del Proyecto Salud, en referencia, fue realizada como parte de la buena pro otorgada por licitación pública. La investigación implicó la conformación de un equipo de trabajo, en el cual se cumplió el rol de investigadora principal, responsable del estudio, con carácter de consultora a plazo determinado para la institución.

1. **Objetivos[[4]](#footnote-4)**
	1. Objetivo general

Medir el impacto en el bienestar de niños y niñas menores de cinco años, a partir de las acciones realizadas por el Proyecto Salud en las zonas de intervención del proyecto de desarrollo, distrito de Villa María del Triunfo, Lima.

* 1. Objetivos específicos
1. Evaluar el desempeño general del Proyecto Salud.
2. Analizar la efectividad de las estrategias implementadas en el proyecto.
3. Proporcionar información para la validación de metodologías de intervención implementadas por el proyecto.
4. Realizar un análisis de riesgos para la consecución de la meta y resultados del proyecto presentes en el ámbito de intervención.
5. Identificar las principales fortalezas y debilidades del proyecto.
6. Analizar la articulación del Proyecto Salud y propuesta de intervención del proyecto de desarrollo.
7. Fortalecer el aprendizaje de una intervención con procesos de desarrollo.
8. **Metodología utilizada**

La medición del impacto en el bienestar de niños y niñas, a partir de las acciones realizadas por el Proyecto Salud, se realizó con el enfoque *“Aprendizaje a través de la Evaluación con Responsabilidad y Planificación” (LEAP)*[[5]](#footnote-5).

Se consideró un diseño de tipo *“Recapitulación de Fin del Proyecto”*, con el fin de estandarizar la investigación de la *“cadena de impacto total de eficiencia, consistencia, eficacia e impacto”*, usando y basándose en las evaluaciones previas al estudio[[6]](#footnote-6).

Los instrumentos aplicados, se elaboraron y adaptaron para el uso dos técnicas de investigación básicas: cuantitativa y cualitativa, a fin de mensurar los problemas de salud y nutrición en las zonas de intervención, y dilucidar los probables condicionantes de la situación encontrada, así como, para determinar oportunidades que fueran susceptibles de ser sugeridas para replica y sostenibilidad de intervenciones semejantes. Todos los instrumentos elaborados para el recojo de información fueron validados.

Para la realización del estudio se conformó un equipo de profesionales en ciencias biológicas y de la salud, especializados en nutrición pública y entrenada para este tipo de evaluaciones; los roles fueron determinados conforme a su experticia y habilidades desarrolladas, según método de investigación establecido.

* 1. **Resumen del diseño de evaluación cuantitativa**

La población de estudio definida, fueron familias con niños y niñas menores de cinco años y gestantes, con residencia de al menos dos años, en seis Asentamientos Humanos[[7]](#footnote-7) (AAHH) de la zona de intervención del Proyecto Salud, en evaluación.

El número de familias proyectada para la evaluación de impacto, fue de 199, conforme a muestreo estadístico. La fuente de información primaria fue la entrevista a la madre o cuidadora, que otorgara su “Consentimiento Informado”[[8]](#footnote-8).

La distribución de familias por AAHH, fue proporcional, de acuerdo a las estimaciones de prevalencia de anemia reportada en la línea de base del proyecto, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 4.5%.

Las características de estudio, incluyeron mediciones antropométricas y bioquímicas, las cuales se presentan en el Cuadro 1.

|  |
| --- |
| Cuadro 1. Características identificadas para la definición del estado nutricional según indicadores y método de valoración seleccionado. |
| Característica seleccionada | Indicador de medición | Método de valoración |
| Desnutrición Crónica: estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años, obtenido de la relación de talla para su edad. | Valor calculado del índice talla/edad: Puntaje < - 2 Z score (WHO/OMS 2006[[9]](#footnote-9)).  | Antropometría: relación entre magnitudes, peso y talla/longitud. |
| Anemia: estado nutricional de los niños y niñas entre 06 a 59 meses, definido por el nivel de hemoglobina en sangre.  | Nivel de hemoglobina en sangre del individuo, menor a 11 g/dL[[10]](#footnote-10). | Fotometría: Hemocue |

 Adaptado de: Informe final de evaluación de impacto del Proyecto Salud, 2011.

En cuanto al número de familias a ser entrevistadas e individuos a ser evaluados, según características de interés para el estudio, se presentan en el Cuadro 2.

|  |
| --- |
| Cuadro 2. Distribución de familias para la evaluación del Proyecto Salud. |
| Grupo poblacional (AAHH) | Familias en la zona de intervención | Familias a ser entrevistadas y evaluadas | Menores de cinco años para descarte de anemia |
| Estimado | Evaluado |
| AAHH 1 | 1861 | 124 | 75 | 76 |
| AAHH 2  | 438 | 29 | 18 | 18 |
| AAHH 3 | 268 | 18 | 11 | 10 |
| AAHH 4  | 176 | 12 | 7 | 8 |
| AAHH 5  | 161 | 11 | 6 | 7 |
| AAHH 6  | 90 | 6 | 4 | 2 |
| Total | 2994 | 199 | 121 |

 Adaptado del Informe final de evaluación de impacto del Proyecto Salud, 2011.

* 1. **Resumen del diseño de evaluación cualitativa.**
		1. Búsqueda de información respuesta, a condiciones cuantificables encontradas.

La situación de salud de las familias de la zona de intervención, debía ser interpretada, por ello, los temas de análisis seleccionados para el estudio incluyeron las prácticas de mayor relevancia “claves”, promovidas durante la intervención del Proyecto Salud, como parte del componente de comunicación y educación.

Considerando el diseño de la intervención, también se incluyó a quienes debieron conformar el soporte del proyecto a nivel de pobladores de la zona, voluntarios, que cumplieron diferentes roles en la promoción de la salud[[11]](#footnote-11) y/o lideraron la movilización de las familias para mejorar su situación social y de salud.

Los temas se detallan en el Cuadro 3, los cuales fueron investigados utilizando conversaciones informales y propiciando diálogo en grupos específicos y zonificados.

Las técnicas utilizadas, incluyeron observación, entrevistas en profundidad y grupos focales. Adicionalmente, preguntas en relación a Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), fueron incluidas en la encuesta de recojo de información.

|  |
| --- |
| Cuadro 3. Temática de interés definida para el estudio cualitativo, en la evaluación de impacto del Proyecto Salud. |
| * Temas de nutrición y salud básica:
1. Alimentación durante la gestación
2. Prácticas de lactancia materna
3. Alimentación complementaria oportuna
4. Alimentación del niño durante enfermedad diarreica
5. Atención y tratamiento de enfermedades diarreicas
6. Suplementación con micronutrientes
7. Higiene de manos
8. Agua segura, tratamiento y manejo
9. Servicio en los establecimientos de salud
10. Educación en temas de salud y nutrición
* Temas en relación al soporte comunitario e institucional:
1. Red de voluntarios comunales
2. Roles establecidos de la red de voluntarios
3. Formación y capacitación de voluntarios y profesionales de salud
4. Acciones de los voluntarios y profesionales de salud
5. Relación entre la red de voluntarios y el personal de salud
6. Servicio de atención del profesional de la salud en los servicios locales
7. Opinión de los voluntarios comunales y otros del Proyecto Salud
8. Identificación comunal por la labor de los voluntarios
 |

 Adaptado del Informe final de evaluación de impacto del Proyecto Salud, 2011.

* + 1. Definición de fuentes de información.

La definición de informantes dependió del tipo de información y profundidad de la misma. Se incluyó a la población beneficiaria de la intervención (madres, padres y niños y niñas mayores de 8 años), al personal de los establecimientos de salud local[[12]](#footnote-12), personas que desempeñaron acciones voluntarias.

|  |
| --- |
| Cuadro 4. Definición de informantes para estudio cualitativo según categorías. |
| Informantes de la oferta | Puesto de Salud AAHH 2 | Personal del Área materno y Área niño-niña |
| P.S AAHH 1 | Personal del Área materno y Área niño-niña |
| Centro Materno Infantil AAHH 3 | Personal del Área materno y Área niño-niña |
| Red distrital de Villa María del Triunfo | Coordinador distrital |
| Centro de Salud AAHH 2 | Responsable Área de Nutrición |
| Informantes de gestión | Municipalidad distrital Villa María del Triunfo | Representante del Comité Multisectorial de Salud  |
| Informantes claves | Zona 4 AAHH 2 | Líder comunitario |
| Zona 5 AAHH 3 | Líder comunitario |
| Puesto Salud AAHH 2 | Promotor de salud |
| Puesto Salud AAHH 1 | Promotor de salud |
| Centro Materno Infantil AAHH 3 | Promotor de salud |
| AAHH 4 | Gestante |
| AAHH 1 | Gestante |

 Adaptado del Informe final de evaluación de impacto del Proyecto Salud, 2011.

* 1. Equipos e instrumentos.

Para la valoración de peso, se utilizaron balanzas tipo reloj, conforme a la línea de base del Proyecto Salud, a fin de mantener error de medición. Las balanzas fueron de la marca JBC de 25 Kg. con E= ± 50 recomendada por UNICEF para evaluación ponderal de menores de cinco años. La medición de la talla se hizo utilizando tallímetros estandarizados y certificados por el INS - CENAN[[13]](#footnote-13).

Para la medición de hemoglobina, de los sujetos de investigación se utilizaron equipos portátiles (Hemoglobinómetros) marca HemoCue®, cuyo método examina la concentración de hemoglobina en sangre capilar utilizando un sistema fotométrico y resulta un procedimiento confiable, sencillo y rápido, que permite contar con resultados de manera inmediata. Este procedimiento es aceptado por el Comité Internacional para la Estandarización en Hematología[[14]](#footnote-14), como un método rápido para la detección de hemoglobina.

1. **Logros obtenidos**

Una apreciación general de los logros obtenidos de la intervención, se comentan seguidamente. Es necesario para referirse al recurso humano que ejecutó el Proyecto Salud, un equipo de trabajo asignado a la zona de intervención, conformado por profesionales del área social, económica y un profesional en nutrición, quien debería responder a las metas establecidas tanto para el proyecto en sí, como a la integración de metas a nivel del área de intervención, que implicaba la agencia zonal. La estrategia utilizada por el colega implicó un primer análisis de los recursos institucionales y humanos potenciales que podrían ser involucrados en la intervención; un paso importante fue el periodo de sensibilización a todo nivel (población, profesionales de las instituciones de salud, autoridades y otros con poder de decisión), todos fueron informados sobre el por qué de la necesidad de ejecutar el Proyecto Salud.

Como suele ocurrir, en grupos poblacionales afectados por los determinantes negativos de la salud en varias generaciones, los problemas eran parte de la realidad del crecimiento de los niños y niñas, sin ser considerados estados de enfermedad o carencia nutricional, ni mucho menos, que estas condiciones podrían determinar el futuro de estos menores y de las familias. Caracterizada por ser una zona urbana marginal, conformada en su mayoría por personas migrantes de otras regiones del país, la cultura tradicional, mitos y creencias fueron barreras adicionales que superar, y al mismo tiempo integrar en la intervención.

Por otra lado, el recurso humano de profesionales que conformaban los establecimientos de salud, eran jóvenes con la mística del poder lograr cambios, pero con la desventaja de tener condiciones de trabajo a plazo determinado; las metas que reportar para las mejoras en salud, la insuficiencia de recursos para efectuar labores efectivas, encontraron en el Proyecto Salud una oportunidad, hecho que favoreció la conformación de alianzas. En este grupo, también se debe mencionar a las personas de los AAHH, que se sintieron identificados con la necesidad de superar aquello que ahora reconocían como un problema de salud; algunos de ellos se integraron a los equipos sanitarios de los establecimientos de salud y muchos otros cumplieron sus roles de promoción de la salud, con la satisfacción de aportar a su comunidad.

En este contexto, los resultados de la evaluación de impacto del Proyecto Salud, si bien fueron positivos en algunos indicadores, aunque en menor magnitud de lo esperado, también es cierto que sin continuidad en las acciones de movilización por la salud en la población, los mensajes educativos básicos, aún eran recordados y puestos en práctica en la población, sin ello, el problema de salud, mostrado por los indicadores seleccionados y especificados en metas, habrían sido muy negativos.

El estudio de evaluación, determinó una disminución en la prevalencia de la desnutrición crónica en cinco puntos porcentuales en relación a la línea de base, una tendencia mayor a la reportada para Lima metropolitana. Se evidenció el incremento en casi doce puntos porcentuales de la proporción de niños y niñas menores de cinco años, adecuadamente nutridos; sin embargo, aunque la brecha de disminución en la proporción de menores moderadamente desnutridos fue a favor de la intervención, la variación fue casi cincuenta por ciento menor (seis puntos porcentuales), al igual que en la proporción de menores con riesgo de desnutrición (seis puntos porcentuales) (Figura 1), sumadas ambas proporciones, tienen una reducción semejante a la desnutrición crónica o algún grado de esta.

Un análisis a mayor detalle de los resultados, se evidenció el incremento en tres puntos porcentuales de los menores entre 24 y 47 meses moderadamente desnutridos (5% vs 8%), una variación nada favorable, con el incremento de menores de 06 a 23 meses en riesgo de desnutrición (21% vs 31%) y la reducción de menores en la misma edad, adecuadamente nutridos (74% vs 69%); dos casos de menores severamente desnutridos se evidenciaron en la evaluación de impacto a diferencia de la línea de base, en la que se reportó un caso.

 Figura 1. Variación en puntos porcentuales de la prevalencia de desnutrición,

 según línea basal y evaluación de impacto del Proyecto Salud.

El estado de salud y nutrición reportado en la evaluación del Proyecto Salud, según estos indicadores, podrían encontrar respuesta en dos aspectos, uno ellos la definición de la zona de evaluación de impacto, incluyendo toda la zona considerada en vulnerabilidad, conforme a los lineamientos institucionales, aun estando ausente en la planificación del proyecto un periodo de transferencia metodológica y con conocimiento que la designación de recursos humanos especializados fueron insuficientes en relación a la complejidad del problema, metas programadas y dispersión de la zona de intervención.

Es seguro, que si la evaluación de impacto se hubiera centrado en las zonas focalizadas para mayor énfasis de las acciones del Proyecto Salud, debido a la limitación de recuso humano, los valores de los indicadores evaluados, hubieran sido mejores.

La detección de anemia en niños y niñas residentes de dos Asentamientos Humanos, determinó la focalización de estos para un programa de suplementación con multimicronutrientes, utilizando Sprinkles, informes no sistematizados indicaron mejoras en la reducción de prevalencia de anemia, sin embargo, la evaluación del Proyecto Salud, implicó la jurisdicción de los seis AAHH del proyecto de desarrollo. Los resultados fueron desfavorables en la evaluación, con un incremento de la prevalencia de anemia de 21% en la línea de base, a 36%, en el momento de la evaluación, variación negativa, inclusive superior a lo reportado para la ciudad capital. El segmento más afectado fue justamente, aquel referido como de menor intervención (22% de anemia), a diferencia de ello, la zona en la que residían menores beneficiados con suplementación y mayor continuidad de orientación nutricional, presentó una menor prevalencia de anemia en los niños y niñas menores de cinco años (2.5% y 5.8%, por mencionar algunos datos); los cambios se dieron a pesar de la continuidad de situación de pobreza en estas zonas.

 Figura 2. Grupos vulnerables a enfermedad diarreica, según pre y post Proyecto Salud.

El efecto del componente educativo comunicacional, se midió con la manifestación de las madres informantes; cabe mencionar que el 70% de estas informantes se dedicaba a los quehaceres del hogar, lo que facilitó su participación continua en el Proyecto Salud. A pesar de esta característica, solo en un 28% de las madres, manifestaron lavarse las manos en los tres momentos críticos establecidos para la intervención, de manera semejante, el 36% de las entrevistadas manifestaron que en los episodios de diarrea de sus menores hijos, esperaban que el proceso mejore, sin hacer uso de las sales de rehidratación oral, según lo esperado por la intervención; sin embargo, el 55% de madres manifestaron ofrecer más líquidos de lo usual, variación positiva en relación al 47.5% reportado en la línea de base.

Otras prácticas establecidas en los indicadores de evaluación de resultados para el Proyecto Salud, incluyó la práctica de lactancia materna exclusiva, la cual disminuyó a 44%, en relación al 47.4% de la línea de base, esta situación podría explicarse en la proporción semejante de madres que laboran fuera del hogar y al incremento en los años de estudio de las madres, por un lado beneficioso por incorporase a la economía, pero por otro lado implica que los hijos queden a cargo de otros miembros de la familia, quienes no necesariamente fueron expuestos a un programa educativo comunicacional. Algunos indicadores adicionales favorables en la evaluación, se evidencian en el incremento de número de comidas ofrecidas al menor de cinco años y la gestante, aunque se limita a solo dos horarios de alimentación (40% y 38% respectivamente); nuevamente los mensajes son mayoritariamente recordados en los grupos más pequeños donde se focalizó esta intervención.

En resumen, los resultados detallados, fueron producto de las acciones ejecutadas por un solo especialista en nutrición y salud, en casi tres mil familias distribuidas en seis AAHH; cómo pudo lograrse indicadores con menor tendencia negativa?, definitivamente utilizando el componente comunitario como aliado esencial. La dispersión de las viviendas, diversidad de hogares y confianza para la práctica de los nuevos comportamientos a favor de la salud, permitieron que fueran adoptados en menor plazo por las madres y familias, cuando fueron recibidos de sus vecinas, vecinos, cumpliendo el rol de promotores de salud, en eventos masivos, que permitieron reconocer problemas y soluciones para mejorar la salud, nutrición y calidad de vida de los niños y niñas, así como de sus familias.

La movilización de recursos comunitarios potenciales, facilitación de recursos a otros institucionalizados, permitieron integrar estrategias de intervención en salud, involucrando a la población e instituciones locales, de salud y municipales; lamentablemente, la definición de metas en la planificación del Proyecto Salud y el Proyecto de Desarrollo, fue incongruente con la suficiencia de recursos humanos designados, los resultados en el proceso de evaluación del impacto de la intervención, se vieron diluidos por la extensión de ámbito para las metas esperadas, sin considerar la focalización de las estrategias implementadas.

Experiencias de intervención como la evaluada, tienen semejanzas con intervenciones actuales en varias regiones del país, y fuera de este.

La multiplicidad de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales trabajan con sistemas similares, en los que la poca focalización de las intervenciones y asignación de recursos congruentes, es un tema actual en los programas sociales del país. Se incrementa el número de metas e indicadores, sin que suceda lo propio con el personal asignado para lograrlo, los procesos se complican, llevando al descontento social e inestabilidad en la continuidad de estrategias exitosas. Aunque los sistemas de monitoreo y evaluación suelen ser relevantes para los indicadores de metas y resultados, a menudo se dejan de lado los indicadores de proceso, tan variantes cuando se trabaja con poblaciones de esta naturaleza.

*Queda a discusión* la apreciación de este comentario, en relación a la disponibilidad de recursos comunitarios potenciales, focalización y evaluación de resultados reales.

Siendo la estrategia de intervención del Proyecto Salud, el uso de recursos comunales potenciales, aunque sin estar planificado, se vieron involucradas organizaciones comunales formalizadas, que congregan a grupos de madres de la zona para ser beneficiados por programas del Municipio local, la Parroquia, además de la venta de comida preparada en comedores comunales, que ofrecen alimentos tal vez limitados en calidad nutricional, pero que mejoraron la disponibilidad de fuentes alimentarias.

El 60% de madres entrevistadas manifestaron ser beneficiarios de algún programa social en los que se dona alimentos, y casi el 77% priorizó la alimentación de los niños y niñas menores de cinco años, al servirles primero la comida, antes que a otro miembro de la familia. Es decir, sería desacertado afirmar que sólo la intervención del Proyecto Salud, promovió los cambios positivos reportados en la evaluación de impacto, pero si se sería correcto afirmar que la movilización de la comunidad alcanzó a todos quienes residieron en la zona de intervención, con un repercusión positiva, lo que sería evidenciado en estudios focalizados conforme a las decisiones de los responsables de ejecución.

La experiencia de la investigación del estado de salud y nutrición, el bienestar de los niños y niñas menores de cinco años, determinó la toma de decisiones de la institución ejecutora para la reestructuración de sus recursos humanos, incluyendo actualmente un profesional en nutrición a cargo de estudiantes que realizan prácticas difundiendo su conocimiento y aprendiendo en el proceso de la vivencia de las familias de la zona de intervención. El monitoreo, seguimiento y sistematización de las experiencias del Proyecto Salud y las actuales acciones en el Proyecto de Desarrollo, focalizado a grupos específicos se ha retomado y reforzado, en una institución de si bien difunde poco su labor, con enfoque científico, tiene un sistema de planificación complejo para su enfoque de desarrollo social e integral de las personas.

1. **Comentarios y conclusiones**

*Es recomendable* la replicabilidad de experiencias exitosas en las que se involucre a la comunidad para la solución de sus problemas, bastamente ha sido demostrado en proyectos de desarrollo que se han sostenido en el tiempo. ¿Cómo se evidenciaron las estrategias exitosas para ser recomendadas?, justamente considerando los recursos comunitarios potenciales, la focalización clara del lugar y grupos a ser beneficiados con la intervención, el análisis suficiente de los requerimientos humanos y complejidad del problema a superar, para finalmente evaluar resultados reales que expresen el trabajo y esfuerzo de los equipos asignados para la labor de promoción del desarrollo.

Existen en el país intervenciones con enfoques similares, su común denominador se refiere también a recursos humano insuficiente, lo contrario se observa cuando la planificación del proyecto tiene en cuenta los pilares de la seguridad alimentaria; si se toma en cuenta los recursos comunitarios potenciales, tales como organizaciones de madres que ofrecen alimentos a menor costo, instituciones religiosas que ofrecen alimentos en horarios adicionales y atención en salud, recurso humano especializado pero sin recursos financieros para inversión en materiales e implementación de estrategias masivas, entonces si se habla de seguridad alimentaria nutricional, que además incluye alianzas y facilitación de procesos orgánicos institucionales, como las encargada a las Municipalidades locales. Considerar procesos es importante, requiere mayores plazos para la consecución de logros y metas; desarrollar estrategias que involucren a las familias asegura el exito, todo los padres aspiramos que nuestros hijos e hijas tengan mejores oportunidades, entonces, estrategias vivenciales son necesarias y se miden en grupos focalizados, evaluando el impacto en los mismos.

Es importante sistematizar las experiencias de intervención, considerar las lecciones aprendidas. Se debe tener un banco de información de materiales diseñados para su disponibilidad en estudios con temática semejante al presente estudio; están en proceso de recopilar esta información perdida.

La población de comunidad cumplió el rol promotor de mensajes, demostrando una vez más que la mejor estrategia para los cambios de comportamiento, es compartir mensajes de persona a persona. Por ello, es recomendable incrementar el número de profesionales asignados a ejecución de una intervención; en esta experiencia solo una persona estuvo a cargo, se pensó en una estrategia de cascada para réplica de mensaje, lo que solo se logra al incorporar estas acciones en las funciones del personal de salud, situación que en nuestra realidad aun es difícil de lograr.

*Concluyendo,* es posible afirmar que algunos probables factores aliados a la tendencia favorable de los indicadores estuvieron relacionados con la presencia de otras organizaciones (apoyo alimentario, parroquias y organizaciones privadas), que incrementaron la disponibilidad y acceso a alimentos para las familias, es decir recurso comunitario potencial, inesperado en el diseño del Proyecto Salud.

Otro factor favorable se evidenció en los testimonios de las madres, quienes recordaron mensajes claves y prácticas a favor de la priorización de la alimentación de los niños y niñas menores de cinco años, debido a la estrategia de comunicación masiva constante, ante el poco recurso humano, y voluntariado de los lugareños con rol de promotores. *Los resultados de la evaluación de impacto del Proyecto Salud, pudieron ser mejores,* si se hubiera focalizado, según prioridades lo hizo el personal encargado de la ejecución. El análisis de la base de datos, focalizada en beneficiarios, tipo de estrategia, meta y espacio geográfico, facilitaría resultados más reales.

Los resultados de la evaluación de impacto del Proyecto Salud, si bien reflejan relativamente los efectos reales de la intervención, se relacionan poco con los logros esperados a nivel de Proyecto de Desarrollo, debido inclusive, a la dilución de información en la línea de base, incomparable con los resultados de la evaluación.

1. **Fuentes revisadas**
2. The Lancet Series. Maternal and Child Undernutrition 1: Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences, 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2002.
4. CORE (Grupo de Colaboración y Recursos para la Supervivencia Infantil). Desviación positiva - Talleres hogareños, 2003.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2010.
6. World Health Organization. WHO Global Database on Anaemia, 2008.
7. OMS (Organización Mundial de la Salud). Immunization Summary: A statistical reference containing data through 2007, 2009.
8. OPS (Organización Panamericana de la Salud). La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio, 2008.
9. UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia). Estado Mundial de la Infancia, Salud Materna y Neonatal, 2009.
10. World Health Organization. Principios de orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado, 2003.
11. Fewtrell, L., Kaufmann, R. B., Kay, D., Enanoria, W., Haller, L and Colford, J. M. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*. Volume 5, 2005.
12. Rabie, T and Curtis, V. Handwashing and risk of respiratory infections : a quantative systematic review. *Tropical Medicine and International Health*. Volume 11-N°3, 2003.

Términos de referencia de la evaluación, Proyecto Salud, PDA Cesar Vallejo. World Vision International, 2011.

Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Perú 2004-2015.

1. Organización Mundial de la Salud. Nuevos Patrones Crecimiento Infantil, 2006.
2. WHO. Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention, and Control. A guide for programme managers. 2001.

WHO, UNICEF. Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2004.

WHO, UNICEF. Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2004.

WHO. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. Global Database on Anaemi. 2008.

International Council for Standardization in Haematology. Recommendations for "Surrogate Reference" Method for the Packed Cell Volume.

Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENAN).

Instituto Nacional de Salud (INS), Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), Ministerio de Salud (MINSA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La Medición de la Talla y el Peso: Guía para el personal de la salud del primer nivel de atención. 2004.

INEI, UNFPA. 2010. Segunda Edición. Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares, 2007.

1. Documento institucional, Términos de Referencia (TDR), evaluación de impacto. 2011. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Ibídem.* [↑](#footnote-ref-2)
3. CAP: Conocimientos, Actitudes y Prácticas. [↑](#footnote-ref-3)
4. Adaptado de: Documento, Términos de Referencia (TDR), establecidos para la investigación. Julio 2011. [↑](#footnote-ref-4)
5. Metodología desarrollada para manejo institucional en World Vision, año 2008. [↑](#footnote-ref-5)
6. *Ibídem* [↑](#footnote-ref-6)
7. Asentamiento Humano, es la denominación que se otorga a grupos poblacionales agrupados y establecidos en una zona geográfica delimitada, pero usualmente documentación regular legitimada. Usualmente están conformados por familias de padres muy jóvenes. [↑](#footnote-ref-7)
8. Aceptación voluntaria del individuo para participar en la investigación, previa información suficiente de objetivos, procedimientos y detalles requeridos, conforme a los lineamientos de la Asamblea Médica Mundial la Declaración de Helsinki, para protocolos de investigación que involucran personas. [↑](#footnote-ref-8)
9. Organización Mundial de la Salud. Nuevos patrones de crecimiento infantil, 2006. [↑](#footnote-ref-9)
10. WHO. Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention, and Control. A guide for programme managers. 2001. [↑](#footnote-ref-10)
11. Es usual la denominación de estas personas como “Promotores de Salud”, quienes realizan labores voluntarias y pocas veces retribuidas económicamente, en el régimen de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. [↑](#footnote-ref-11)
12. Establecimientos de Salud, es una denominación genérica a los centros de atención en salud, establecidos por el Ministerio de Salud. Su categorización puede variar dependiendo de la complejidad de su infraestructura, así como, de la población estimada a ser atendida y la designación de recursos humanos especializados asignados; en este caso, implica “Centro de Salud” (más complejo) y “Puesto de Salud”. [↑](#footnote-ref-12)
13. Siglas. INS: Instituto Nacional de Salud. CENAN: Centro de Alimentación y Nutrición. [↑](#footnote-ref-13)
14. ###  International Council for Standardization in Haematology (ICSH) Recommendations for "Surrogate Reference" Method for the Packed Cell Volume.

 [↑](#footnote-ref-14)