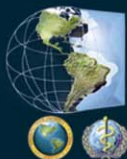


# Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias

## Informe de la evaluación de medio término

**Paraguay, 13 al 21 de febrero de 2006**

**Perú, 23 al 28 de febrero de 2006**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



Canadian International  
Development Agency

Agence canadienne de  
développement international

# Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD) en América del Sur

## Informe de la evaluación de medio término

Control de Enfermedades Transmisibles  
Prevención y Control de Enfermedades

junio de 2006



525 23rd St. NW  
Washington, DC  
20037  
[www.ops.org](http://www.ops.org)



200 Promenade du Portage  
Gatineau, Quebec  
K1A 0G4  
[www.acdi-cida.gov.ca](http://www.acdi-cida.gov.ca)

La Organización Panamericana de la Salud se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

# Contenido

<b>ABREVIATURAS</b> .....	IV
<b>1.0 RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	1
<b>2.0 INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>3.0 PERFIL DEL PROYECTO: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRIORITARIAS EN AMÉRICA DE SUR (PCPCD)</b> .....	7
3.1 Descripción del proyecto.....	7
3.2 Relaciones con el PCPCD y las prioridades de ACIDI-CIDA Y OPS.....	7
3.3 Financiamiento del PCPCD.....	8
<b>4.0 PERFIL DE LA EVALUACIÓN</b> .....	9
4.1 Justificación.....	9
4.2 Objetivos.....	9
4.3 Metodología.....	10
<b>5.0 OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN</b> .....	12
5.1 Aspectos generales.....	12
5.2 Resultados no anticipados.....	21
<b>6.0 RECOMENDACIONES</b> .....	22
<b>7.0 LECCIONES APRENDIDAS</b> .....	25
<b>INFORME DE PARAGUAY</b> .....	26
<b>INFORME DE PERÚ</b> .....	49
<b>ANEXOS</b>	

**Anexo 1:** Participantes del equipo de evaluación de OPS y ACIDI-CIDA

**Anexo 2:** Marco Lógico Original del PCPCD

**Anexo 3:** Marco Lógico Actual del PCPCD

**Anexo 4:** Términos de referencia de la evaluación

**Anexo 5:** Documentación revisada

**Anexo 6:** Compromisos nacionales de los países del PCPCD

**Anexo 7:** Marco lógico del proyecto en Paraguay

**Anexo 8:** Participantes nacionales y Agenda de trabajo - Paraguay

**Anexo 9:** Logros y obstáculos del proyecto en Paraguay

**Anexo 10:** Prioridades nacionales por componente en Paraguay

**Anexo 11:** Indicadores propuestos en Paraguay

**Anexo 12:** Participantes nacionales y Agenda de trabajo - Perú

**Anexo 13:** Logros y obstáculos del proyecto en Perú

**Anexo 14:** Indicadores propuestos en Perú

**Anexo 15:** Compromisos nacionales del proyecto en Perú

**Anexo 16:** Observaciones y recomendaciones técnicas para la enfermedad de Chagas en Perú

## Abreviaturas

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CAP	Estudios de conocimientos, aptitudes y prácticas
CIDA	Canadian International Development Agency
COMBI	Comunicación para el Impacto Conductual
DIRESA	Dirección Regional de Salud, Ministerio de Salud (Perú)
DOTS	Directly Observed Treatment Short course
ECG	Electrocardiograma
EGI	Estrategia de Gestión Integrada (para la prevención y control de dengue)
FMSTM	Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
GIS	Sistema de información geográfico
IID	Infestación domiciliar
IIT	Infeción triatomínica
INCOSUR	Iniciativa de la Salud del Cono Sur
INS	Instituto Nacional de Salud (Perú)
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MINSA	Ministerio de Salud (Perú)
MSP y BS	Ministerio de Salud y Bienestar Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No-Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCPCD	Prevention and Control of Priority Communicable Diseases
RE	Resultado esperado
RN	Recién nacidos
RRHH	Recursos humanos
SENEPA	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (Paraguay)
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TB	Tuberculosis
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## 1.0 Resumen ejecutivo

Se describen los resultados de la evaluación de medio término del Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD) en América del Sur, financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA) e implementado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El acuerdo es por un monto de CAN \$10.000.000 para un periodo de seis años y se inició en septiembre de 2002 con una fecha de conclusión en diciembre de 2008.

El PCPCD tiene la meta de contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad e incapacidad causada por infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis, enfermedad de Chagas, dengue y enfermedades prevalentes de la infancia en las áreas del proyecto de los países que participan: Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. Paraguay y Perú fueron seleccionados para la evaluación, porque son los dos países beneficiarios más importantes del PCPCD, tanto por el número de componentes como por el financiamiento recibido a la fecha y también porque han expresado interés en ampliar las actividades y cobertura del proyecto.

El proyecto también contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que forman la base para las líneas estratégicas de ambos ACDI-CIDA y OPS. Específicamente se incluye los siguientes:

- ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
- ODM 5: Reducir la mortalidad materna
- ODM 6: Combatir el VIH/sida, malaria y otras enfermedades

El objetivo principal de la evaluación de medio término fue:

Determinar el progreso logrado con respecto a cada objetivo y resultado esperado en las áreas del proyecto seleccionadas en Paraguay y Perú y, si fuese necesario, formular recomendaciones para mejorar la ejecución del mismo en colaboración con las contrapartes nacionales.

También se evaluaron los siguientes aspectos:

- Los resultados esperados e indicadores según han sido enumerados en el marco lógico del proyecto para determinar si requieren reorientación u otros cambios con base en el estado actual de la implementación y las necesidades del país.
- Las dificultades que afectan la ejecución así como las lecciones aprendidas y los resultados positivos no intencionales obtenidos durante su ejecución.
- Las prioridades relacionadas con cada componente del proyecto para, dentro de lo posible, incluirlas en los próximos planes de trabajo.
- La factibilidad de elaborar un subproyecto para ampliar el programa de salud integrado del departamento del Boquerón en el Paraguay, y desarrollar resultado esperado(s) e indicador(es) propios para el subproyecto.

El equipo de evaluación constó que el PCPCD es compatible con las necesidades expresadas y planteadas en los países visitados, tanto por las opiniones expresadas por los distintos funcionarios entrevistados como por la documentación oficial consultada en ambos países.

Las actividades del proyecto están dirigidas al desarrollo humano sostenible, a la reducción de morbilidad y mortalidad de grupos vulnerables y sectores de riesgo elevado en la población. Esto se pudo demostrarse ya que:

- Se observaron avances hacia los resultados esperados en todos los componentes del programa.
- Estos avances estaban realmente dirigidos a las poblaciones a las que se quería llegar, es decir poblaciones y áreas marginales, incluidas las indígenas.

Las recomendaciones claves son organizadas por los siguientes factores: compromiso político, abordaje multisectorial, recursos humanos, aspectos operativos, y el marco lógico del PCPCD.

### **Compromiso político**

- Las autoridades nacionales de salud en los países deben cumplir con el compromiso de proveer de insumos y transporte para que se puedan lograr los resultados esperados. Este cumplimiento es clave para la sostenibilidad de los proyectos.
- Al final del proyecto, el país, las regiones y localidades deben poder suministrar los insumos mínimos para garantizar la continuidad de las actividades, incluyendo los suministros críticos de medicamentos y equipos que esta evaluación ha señalado.
- La OPS debe continuar la abogacía para que se cumplan los compromisos y responsabilidades nacionales con relación al PCPCD, no solamente para la obtención de los resultados del proyecto sino también para crear la capacidad local para el futuro y dar sostenibilidad de las acciones.
- La OPS debe fortalecer su función de abogacía (a nivel regional y de país) para garantizar que los medicamentos esenciales para AIEPI y para la prevención y el control de las ITS estén disponibles y accesibles no solamente para el PCPCD, sino también para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Debe monitorearse si los rubros de los presupuestos centralizados o descentralizados contienen las cantidades suficientes para dar continuidad a las actividades programadas e incluyen recursos tanto para la compra de medicamentos y equipos como para garantizar su distribución.
- Los ministerios de salud deben elaborar un plan para transferir las acciones del proyecto a los programas nacionales para continuar y mantener los logros alcanzados.

### **Abordaje multisectorial**

- Mantener y fortalecer el enfoque multisectorial para la prevención y control de las enfermedades transmisibles iniciado por el proyecto.
- Mantener las alianzas locales para fortalecer la sostenibilidad política de las acciones y resultados del proyecto dado que, en general, son menos afectadas por los cambios eventuales que puedan ocurrir como resultado de las elecciones para el gobierno nacional que ocurrirán en los próximos meses (Perú) y años (Paraguay) como ha pasado durante los primeros años de implementación del PCPCD.

### **Recursos humanos**

- Garantizar que en las actividades de capacitación se incluya personal de todos los niveles de atención (central, departamental, local) para que se consiga formar una masa crítica de recursos humanos, y establecer sistemas de supervisión del personal capacitado en los ambientes de trabajo. Esta recomendación es especialmente relevante para AIEPI en Paraguay y Perú e ITS en Paraguay.
- Continuar la incorporación de AIEPI en los currículos de las universidades para formar recursos humanos (RRHH) y usar los resultados de la experiencia obtenida en la creación de las competencias para contribuir a la sostenibilidad de las acciones.

### **Aspectos operativos**

- Promover la extensión y articulación del PCPCD para involucrar los niveles regionales y locales en la planificación, operación y supervisión de las intervenciones del proyecto, e incluir las comunidades de base y las organizaciones no-gubernamental (ONG) en el proceso.
- Integrar las acciones del proyecto (por ejemplo, capacitación, vigilancia, monitoreo y supervisión) como un mecanismo para usar mejor los recursos y crear equipos capacitados en los diferentes niveles de atención (central, departamental, local).
- Seguir las recomendaciones de las visitas de monitoreo realizadas por la OPS, en especial las relacionadas con el componente de AIEPI en Paraguay y Perú, que todavía no han sido cumplidas en su totalidad.
- En la administración de los fondos del proyecto a nivel de los países:
  - En Paraguay, considerar la opción de descentralizar los fondos a las áreas del proyecto de difícil acceso a través del uso de las cartas de acuerdo u otro mecanismo ágil.
  - En Perú, continuar con la descentralización de fondos en todos los componentes del proyecto a fin de agilizar su disponibilidad a nivel local.
  - En ambos países, fortalecer la coordinación entre los diversos actores a todos los niveles, especialmente a nivel local.



## Marco lógico del PCPCD

- ACIDI-CIDA debe considerar, con la colaboración de la coordinadora del proyecto de la OPS, la posibilidad de modificar algunos indicadores de resultados esperados de los componentes del PCPCD, para mejorar la medición de los resultados y reflejar mejor el ámbito de trabajo (regional, nacional, etc.). Los indicadores propuestos durante la evaluación están incluidos en los informes de los países.
- ACIDI-CIDA debe considerar el financiamiento para algunas prioridades nacionales identificadas durante la evaluación que todavía no son parte de la programación del PCPCD, pero que podrían aportar a los resultados esperados.
- Se recomienda ampliar el PCPCD para incluir el programa de salud integrado de Boquerón como un componente del proyecto, dado la relevancia de los resultados esperados y las actividades propuestas y la voluntad y el acuerdo político para su implementación.
- Se determinó que para ampliar los componentes del PCPCD tendrían que darse las siguientes condiciones:
  - Evidencia de resultados ya obtenidos
  - Compromiso político en los ámbitos de expansión
  - Perfil epidemiológico del problema que lo justifique
  - Análisis de los recursos humanos necesarios para hacer la extensión

## Resultados no anticipados

### En Paraguay:

- Compromiso y resolución nacional para la gratuidad de las pruebas diagnósticas y el tratamiento de todas las mujeres embarazadas para prevenir sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH, como resultado de las mesas temáticas de género y salud programadas en el PCPCD.
- Inclusión de indicadores de sífilis entre los indicadores de control de gestión que el nivel central del Ministerio de Salud y Bienestar Social realiza en todas las regiones.
- Establecimiento de un trabajo coordinado con la Secretaría de la Mujer en Paraguay para la integración de la igualdad de género dentro el sistema de atención sanitaria del país y lograr las líneas de acción del Plan de Igualdad para Hombres y Mujeres de la Secretaría de la Mujer en Paraguay que están al alcance del PCPCD.
- Colaboración con el Ministerio de Educación para la vigilancia del vector de la enfermedad de Chagas y la incorporación de esta enfermedad en el programa de estudio de las escuelas.
- Interés y compromiso del Ministerio de Salud y Bienestar Social para implementar el componente comunitario de la estrategia de AIEPI.

### En Perú:

- Gerencia descentralizada y el fuerte apoyo intersectorial al proyecto en Arequipa han contribuido al éxito de las actividades realizadas y de los avances alcanzados en la eliminación del vector de la enfermedad de Chagas.

- Las actividades de movilización social de Chagas incorporan todos los niveles de atención y son multi-institucionales en su ejecución y como consecuencia actualmente las comunidades demandan que sus viviendas sean rociadas.
- Interés y compromiso del Ministerio de Salud para implementar el componente comunitario de la estrategia de AIEPI.

### **Lecciones aprendidas**

Una de las lecciones más importantes aprendidas en la administración del PCPCD fue que los requerimientos financieros de ACIDI-CIDA no eran compatibles con el sistema de operaciones financieras de la OPS, lo que ocasionó retrasos en el traspaso de los fondos y en la implementación de actividades en los países. Estas dificultades se resolvieron con el cambio reciente en el acuerdo de proyecto de contribución al subsidio (*grant*). No obstante, estos problemas administrativos retrasaron la ejecución del PCPCD en sus primeros años.

En el Paraguay, una de las lecciones aprendidas es que las acciones programadas en todos los componentes se deberían de haber realizado primero como piloto en tres o cuatro regiones y con base en los resultados obtenidos y las lecciones prácticas aprendidas, ampliadas a otras regiones.

El proyecto ha estimulado las relaciones multisectoriales para abordar el manejo de las enfermedades transmisibles; también estimuló el abordaje de la igualdad de género que no existía en los programas de salud del país antes del PCPCD.

La sostenibilidad de los resultados a largo plazo dependerá de la capacidad de los gobiernos nacionales de destinar los recursos necesarios (humanos, insumos y financieros) para mantener el progreso alcanzado.

## 2.0 Introducción

El PCPCD se inició en septiembre de 2002 con la meta de contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad e incapacidad causada por infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis, enfermedad de Chagas, dengue y las enfermedades prevalentes de la infancia en las áreas del proyecto de los países que participan: Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela.

El proyecto es financiado exclusivamente por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la agencia ejecutora. El acuerdo es por un monto de CAN\$ 10.000.000 para un periodo de seis años y se inició en septiembre de 2002 con una fecha de conclusión en diciembre de 2008.

El PCPCD se estableció con el fin de complementar la programación de prevención y control de las enfermedades transmisibles existentes en los países y abordar las brechas de los programas nacionales con énfasis en las poblaciones más vulnerables y marginales como las indígenas y las encarceladas. El proyecto prevé resultados esperados que fueron elaborados durante la misión del inicio del proyecto (julio y agosto de 2002) con la participación de autoridades nacionales de los países y representantes de la OPS y ACDI-CIDA. En los primeros años del proyecto las actividades se han enfocado en el desarrollo de recursos humanos y se han concentrado en actividades dirigidas a la población indígena en Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú (AIEPI).

La evaluación de la contribución de CIDA Canadá al proyecto de PCPCD está enfocada para responder a cinco parámetros:

*Relevancia:* ¿Es el PCPCD compatible con las necesidades y las prioridades de los beneficiarios objeto en los países?

*Eficiencia y eficacia:* ¿Es la gerencia de PCPCD eficaz y eficiente a nivel regional y de país?

*Socios:* ¿Hay participación activa de los socios de los países en el diseño, implementación y monitoreo del PCPCD?

*Igualdad de género:* ¿En qué medida ha contribuido el PCPCD al avance de la igualdad de género?

*Sostenibilidad:* ¿Existe alguna indicación de que los resultados logrados se mantendrán después del final del PCPCD?

El informe está organizado en tres capítulos: Los capítulos 2 (Paraguay) y 3 (Perú) corresponden a los informes específicos del país y de cada uno de los componentes. Ambos capítulos pueden desagregarse por completo del resto del informe para ser entregados a las respectivas autoridades nacionales.

El informe fue preparado por el equipo de evaluación con el apoyo y retroalimentación de los expertos técnicos que participaron en la misión (véase anexo 1).

### **3.0 Perfil del proyecto: Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América de Sur (PCPCD)**

#### **3.1 Descripción del proyecto**

La meta principal del *Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD) en América de Sur* es contribuir a la prevención y control de las enfermedades transmisibles que producen la mayor carga de morbilidad y mortalidad entre los niños, jóvenes y adultos en Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. El PCPCD tiene como propósito fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales de los países del proyecto encargadas de planificar, administrar y proporcionar programas sostenibles, integrales y con un enfoque de género para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles más prevalentes que causan el mayor número de defunciones e incapacidad.

El PCPCD tiene cinco componentes o enfermedades transmisibles: enfermedad de Chagas, dengue, infecciones de transmisión sexual (sífilis y sífilis congénita), tuberculosis y la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Además incluye un componente transversal sobre la igualdad de género. Cada país tiene una composición diferente de componentes formada por enfermedades que fueron identificadas como prioritarias para el país durante la misión de inicio del proyecto en julio y agosto de 2002 (véase anexo 2).

El PCPCD ha tenido dos modificaciones mayores durante su ejecución; éstas han reducido la complejidad original del proyecto al reducir el número de resultados esperados e indicadores programados en un principio. En noviembre de 2003 ACIDI-CIDA decidió eliminar los componentes de enfermedades que habían recibido el financiamiento del Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (FMSTM) y aquellos cuya ejecución de fondos no había sido adecuada o ambas razones. Los componentes eliminados correspondían a (véase anexo 3, marco lógico actual del proyecto):

- Colombia: componente de VIH/sida
- Ecuador: componente de VIH/sida, componente de TB
- Paraguay: componente de TB
- Perú: componente de TB
- Venezuela: componente de población indígena

#### **3.2 Relaciones con el PCPCD y las prioridades de ACIDI-CIDA y OPS**

El PCPCD se ajusta a las prioridades y objetivos sanitarios de ACIDI-CIDA con respecto al desarrollo humano sostenible, y la igualdad de género, por centrarse en la reducción de la morbilidad y mortalidad de grupos vulnerables y sectores de alto riesgo de la población, como son las mujeres, los niños, la población indígena y los pobres. El proyecto corresponde a la programación de ACIDI-CIDA, que se guía por las prioridades de desarrollo social de la agencia, según se detalla en los planes de acción para la salud y nutrición y VIH/sida. También está de acuerdo con el marco lógico del desarrollo de programación de ACIDI-CIDA en los países objeto y la estrategia para ACIDI-CIDA en las Américas, es decir el “cierre de brechas”, fortaleciendo recursos humanos e institucionales, particularmente dentro de los servicios de salud.

El PCPCD es parte integral de la programación de la OPS. Incluye, la Iniciativa de la Salud del Cono Sur (INCOSUR) con respecto a la enfermedad de Chagas; la estrategia de AIEPI para las enfermedades prevalentes de la infancia; la estrategia DOTS/TAES para tuberculosis; la estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (Resolución 44.R9 de la OPS), y el manejo sindrómico de las ITS.

El proyecto también contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que forman la base para las líneas estratégicas de ambos ACIDI-CIDA y OPS. Específicamente se incluye los siguientes objetivos:

- ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
- ODM 5: Reducir la mortalidad materna
- ODM 6: Combatir el VIH/sida, malaria y otras enfermedades

### 3.3 Financiamiento del PCPCD

El proyecto experimentó algunas dificultades en la administración de los fondos, debido a la incompatibilidad de los sistemas operativos financieros y en la forma de clasificar los fondos entre ACIDI-CIDA y OPS. Esto dio como resultado retrasos en la solicitud, aprobación y recepción de los fondos, que a su vez tuvo como consecuencia discontinuidad y retrasos en la implementación de actividades. En diciembre de 2004, ambas organizaciones reconociendo estas dificultades, acordaron cambiar la modalidad de cooperación, que en septiembre de 2005 pasó de ser una Carta de Entendimiento de una Contribución a un Subsidio (*Grant*), facilitándose así la liberación de los fondos y la ejecución de las actividades del proyecto en los países.

Durante el período de septiembre de 2002 a octubre de 2005, el PCPCD había recibido un total de US\$ 2.730.529 (CAN\$ 3.615.000) o sea 36% de la cantidad comprometida. En parte como consecuencia de los problemas mencionados anteriormente, en los primeros tres años del proyecto (septiembre de 2002 a marzo de 2005), el PCPCD recibió sólo el 56% de los fondos programados para ese período (\$1.798.355 de \$3.204.954).

Para el cuarto año (año actual) el PCPCD ha recibido, hasta la fecha, 82% (US\$ 932.174) de los fondos programados en el plan de trabajo (US\$ 1.138.136).<sup>1</sup> Bajo la modalidad de Contribución se recibieron US\$ 2.018.302 (CAN\$ 2.775.000) y bajo Subsidio (*Grant*) US\$ 712.227 (CAN\$ 840.000), en octubre de 2005.

En el período de septiembre de 2002 a octubre de 2005, Paraguay ha desembolsado US \$585.561 y Perú US\$ 398.966 que corresponden a 35% y 23% de los fondos totales recibidos bajo la Contribución.

---

<sup>1</sup> La administración de los fondos ha sido evaluada para el período del septiembre de 2002 al octubre de 2005 fecha en que cambió el acuerdo del Proyecto (PCPCD).

## 4.0 Perfil de la evaluación

### 4.1 Justificación

El PCPCD se encuentra en la etapa media de su ejecución. Esta fue una de las razones principales por las que ACIDI-CIDA y OPS lo seleccionaron para su evaluación y justificar realizar un análisis que asegure que las actividades de un proyecto de esta magnitud avanzan hacia la obtención de los resultados esperados y permita, en su caso, tomar las medidas de ajuste adecuadas. Otro factor importante que justificó la decisión de realizar la evaluación fue el cambio reciente en el estatus jurídico y administrativo del proyecto y en la relación entre ACIDI-CIDA y OPS con referencia a esta actividad. El cambio en el acuerdo también presentó una oportunidad para que se observara cuál había sido el impacto de los retrasos en el financiamiento a los países bajo la Contribución.

Paraguay y Perú fueron seleccionados para la evaluación, porque estos dos países son los beneficiarios más importantes del PCPCD, tanto por el número de componentes como por el financiamiento recibido a la fecha, y también porque han expresado interés en ampliar las actividades y cobertura del proyecto.

### 4.2 Objetivos

La guía de evaluación de ACIDI-CIDA menciona claramente que:

*“el objetivo principal de un informe de evaluación es informar de los resultados de la evaluación (...) mediante él el lector deberá comprender bien (a) por qué se tomó la decisión de realizar la evaluación, (b) en qué consistió, y (c) qué enseñanzas se han obtenido”*<sup>2</sup>

También el proceso de la evaluación debería servir para:

- *“informar a la dirección de la ADCI,*
- *asesorar a los organismos de ejecución*
- *dar participación a las partes interesadas y*
- *demostrar responsabilidad y transparencia*<sup>3</sup>”

El objetivo principal de la evaluación de medio término fue (véase el anexo 4, términos de referencia de la evaluación):

Determinar el progreso logrado con respecto a cada objetivo y resultado esperado en las áreas del proyecto seleccionadas en Paraguay y Perú y, si fuese necesario, formular recomendaciones para mejorar la ejecución del mismo en colaboración con las contrapartes nacionales.

---

<sup>2</sup> CIDA Guía de Evaluación de la ACIDI (ACIDI División de Evaluación, DG del Rendimiento y los Conocimientos, Ottawa, octubre 2004) p. 63.

<sup>3</sup> *Ibid*, p. 65.

Los objetivos específicos fueron:

- Examinar los resultados esperados e indicadores según han sido enumerados en el marco lógico del proyecto para determinar si requieren reorientación u otros cambios con base en el estado actual de la implementación y las necesidades del país.
- Identificar las dificultades que afectan la ejecución así como las lecciones aprendidas y los resultados positivos no intencionales obtenidos.
- Determinar las prioridades relacionadas con cada componente del proyecto para, dentro de lo posible, incluirlas en los próximos planes de trabajo.
- Evaluar la factibilidad de elaborar un subproyecto para ampliar el programa de salud integrado del departamento del Boquerón en el Paraguay, y desarrollar resultado esperado(s) e indicador(es) propios para el subproyecto.

Además, la evaluación tuvo el propósito de hacer frente a estas tareas considerando los siguientes parámetros:

- *Relevancia:* ¿Es el PCPCD compatible con las necesidades y las prioridades de los beneficiarios objeto en los países?
- *Eficiencia y eficacia:* ¿Es la gerencia de PCPCD eficaz y eficiente a nivel regional y de país?
- *Socios:* ¿Hay participación activa de los socios de los países en el diseño, implementación y monitoreo del PCPCD?
- *Igualdad de género:* ¿En qué medida ha contribuido el PCPCD al avance de la igualdad de género?
- *Sostenibilidad:* ¿Hay alguna indicación de que los resultados logrados se mantendrán después del final del PCPCD?

### 4.3 Metodología

Debido a las características del proyecto, atención complementaria a enfermedades prioritarias en áreas y poblaciones marginales, se ha dado prioridad a observar las actividades y el funcionamiento a los niveles operacionales y los resultados conseguidos en los diversos componentes que constituyen el proyecto. Como parte de esta tarea se revisaron las relaciones del proyecto con los programas de salud (de control de enfermedades específicas) y con los servicios descentralizados de salud y la relación del proyecto con otros proyectos de cooperación en las áreas de trabajo.

En otra dimensión, se observaron las relaciones entre ACIDI-CIDA y la coordinación del proyecto en la oficina central de la OPS y entre ésta y sus oficinas de país.

Dentro de las limitaciones de duración de la misión, el equipo evaluador estableció contactos a todos estos niveles que permitieron identificar aspectos relevantes de estas relaciones.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> La misión de evaluación estaba prevista para el período 11-28 de febrero pero las actividades cubiertas en este informe abarcan también las de preparación y redacción de este informe.

La evaluación también fue diseñada como un trabajo de aprendizaje para todos aquellos que participaban en ella, incluido el equipo de evaluación. La evaluación es considerada una parte integrante del proyecto; una actividad y una experiencia más, que confluye con todas las otras actividades en su avance.

La evaluación constó de cuatro tipos de actividades: análisis documental, entrevistas y reuniones con miembros del equipo del proyecto, visitas a zonas seleccionadas del proyecto y una sesión de evaluación formal.

#### **4.3.1 Análisis documental**

Consistió en una revisión de los documentos pertinentes del proyecto tales como el marco lógico, los planes de trabajo, los informes de progreso y de las visitas de monitoreo y el plan de implementación (véase anexo 5, lista de documentación revisada).

Este análisis continuó durante todo el transcurso de la evaluación para determinar si el proyecto está logrando sus resultados y alcanzando las expectativas de los involucrados. Además sirvió para orientar y dirigir las acciones futuras de la cooperación técnica.

#### **4.3.2 Visitas a las áreas seleccionadas**

Se realizaron visitas a las áreas seleccionadas de los componentes del proyecto para observar las prácticas habituales y poder conversar con los profesionales y/o agentes de salud sobre sus impresiones y opiniones sobre la ejecución del proyecto. También se aprovechó la oportunidad para recopilar y analizar la información relativa a los resultados del proyecto.

En Paraguay se realizaron visitas a las siguientes áreas:

- Componente de AIEPI en Caazapá e Itapúa
- Componente de Chagas en Cordillera y Paraguari
- Componente de ITS en Cordillera
- Programa de salud integrado en comunidades indígenas del chaco paraguayo en Mariscal Estigarribia, Laguna Negra, Ebetogue, Tunucohai y Villa Boquerón

Además se presentó al equipo evaluador el progreso de los componentes de dengue, tuberculosis y la estrategia de igualdad de género.

En Perú:

- Componente de AIEPI en Cusco
- Componente de Chagas en Arequipa



### 4.3.3 Sesión formal de evaluación

Después de las visitas y antes de finalizar la misión se organizó un grupo de discusión por enfermedad para consolidar las reflexiones individuales sobre los logros del proyecto y sobre la experiencia acumulada que permitiera llegar a conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones.

### 4.3.4 Funciones y responsabilidades

En el cuadro siguiente se resumen las principales funciones y responsabilidades de los participantes en la evaluación: Equipo de evaluación, OPS y ACIDI-CIDA:

<b>Participante</b>	<b>Rol</b>	<b>Responsabilidades</b>
Equipo de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar el informe de evaluación.</li> <li>• Respetar las normas profesionales y éticas.</li> <li>• Favorecer la dinámica de las sesiones formales de evaluación para lograr la participación útil de las partes interesadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar y realizar la evaluación.</li> <li>• Informar a la OPS sobre el progreso.</li> <li>• Producción de los materiales/productos según los arreglos del contrato.</li> </ul>
OPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar la evaluación</li> <li>• Lograr los objetivos de la evaluación.</li> <li>• Asignar recursos adecuados.</li> <li>• Decidir y convocar a los asistentes a las sesiones formales de evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar los aspectos logísticos. Las oficinas de la OPS en Paraguay y Perú coordinan los arreglos logísticos basados en los objetivos de la Evaluación, incluyendo el transporte de los invitados.</li> <li>• Orientar toda la ejecución</li> <li>• Aprobar los productos.</li> <li>• Coordinar con ACIDI-CIDA.</li> </ul>
ACIDI-CIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representar a la Agencia.</li> <li>• Observar el proceso.</li> <li>• Participar en la aplicación de las recomendaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer su punto de vista sobre cuestiones clave.</li> </ul>

## 5.0 Observaciones y conclusiones de la evaluación

### 5.1 Aspectos generales

En este apartado se revisan observaciones y conclusiones de carácter general de acuerdo con los objetivos específicos de la evaluación y considerando los parámetros que fueron explorados:

relevancia, eficiencia y eficacia, relación con los socios, igualdad de género y sostenibilidad. Las observaciones específicas para cada componente de enfermedad están presentadas en las secciones 2 y 3 de los países.

## **Relevancia**

El equipo de evaluación constó que el PCPCD es compatible con las necesidades expresadas y planteadas en los países visitados, tanto por las opiniones expresadas por los distintos funcionarios entrevistados como por la documentación oficial consultada en ambos países.

Igualmente se evidenció la compatibilidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en aquello que hace referencia a la reducción de la carga social de enfermedad y por tanto en una mejor integración y compatibilidad entre los ODM y los propios objetivos políticos de cada país.

Las actividades del proyecto continúan dirigidas al desarrollo humano sostenible, a la reducción de morbilidad y mortalidad de grupos vulnerables y sectores de riesgo elevado en la población. Ello pudo demostrarse ya que:

- Se observaron avances hacia los resultados esperados en todos los componentes del programa.
- Estos avances iban realmente dirigidos a las poblaciones a las que se quería llegar, es decir poblaciones y áreas marginales, incluidas las indígenas.

## **Relevancia por componente**

En general, el proyecto complementa los planes nacionales de las enfermedades en cuestión, especialmente en enfermedad de Chagas; también ha contribuido a la elaboración del plan nacional de dengue del Paraguay.

El componente de la enfermedad de Chagas del proyecto en Paraguay complementa las actividades de control del programa nacional, incluida la vigilancia comunitaria en zonas de mayor endemicidad. En Perú el proyecto apoya varias líneas de acción del plan Macrorregional de Eliminación del Vector, *Triatoma Infestans*, e Interrupción de la Transmisión Transfusional del *Trypanosoma cruzi*.

En Perú, el componente de AIEPI del proyecto se concentra en las tres provincias que tienen las tasas más altas de mortalidad infantil y neonatal, y que son prioritarias para el Ministerio de Salud. En Paraguay, se está trabajando en la implementación y ampliación de las actividades de AIEPI en las regiones de Boquerón, Caazapa e Itapúa y el área marginal de Asunción que fueron seleccionadas en base a falta de recursos y que cuentan con el compromiso político para aplicar la estrategia.

En Paraguay en el componente de ITS las funciones del PCPCD y del programa nacional no están claramente delineadas y la mayoría de las actividades del programa son las del proyecto.

Durante la evaluación se identificaron algunas prioridades nacionales que no son parte de las actividades programadas y de los resultados del PCPCD pero que deben ser mencionadas como hallazgos de la misión. Estos hallazgos incluyen:

- AIEPI - Iniciar el proceso de incorporar AIEPI-comunitario en los ámbitos del proyecto tanto en Paraguay como en Perú.
- Chagas - Vigilancia de la transmisión congénita y tratamiento de chagas congénito en Paraguay.
- Dengue - Planes piloto apuntando el cambio conductual en poblaciones vulnerables con estrategias comunicacionales (COMBI) en Paraguay.

### **Eficiencia y eficacia**

La administración del PCPCD e implementación de las actividades programadas involucran los siguientes actores y relaciones:

#### **ACDI-CIDA y OPS**

- Para efectos del proyecto, existe una relación técnica y administrativa entre el Programa Interamericano de ACDI-CIDA y la Unidad de Enfermedades Transmisibles, Área de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS.
- En el ámbito de políticas institucionales, la relación es entre el Programa Interamericano de ACDI-CIDA y la Oficina de Relaciones Externas de la OPS.

#### **OPS – Nivel regional**

- La gestión del PCPCD está a cargo de DPC/CD, con la colaboración del Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH), Unidad de Salud del Niño y el Adolescente (CA) en lo que se relaciona con AIEPI y con la Unidad de VIH/Sida (AI) para las actividades del componente de ITS.
- Para la planificación y monitoreo de las actividades DPC/CD trabaja con los programas regionales de Chagas (con sede en el Uruguay), Dengue (con sede en Panamá) y Tuberculosis (con sede en Washington DC).
- DPC/CD tiene la responsabilidad de determinar qué temas requieren colaboración técnica y visitas de monitoreo.
- Los fondos del proyecto son desembolsados por DPC/CD a las oficinas de los países participantes.

#### **OPS – Nivel de los países (PWRs)**

- La Representación de la OPS en cada país tiene la responsabilidad de administrar los fondos del proyecto asignados al país respectivo.
- La colaboración técnica y seguimiento de los resultados y actividades están a cargo del punto focal de la Unidad de Enfermedades Transmisibles (Colombia y Perú) y de Salud del Niño y el Adolescente (AIEPI) (Ecuador y Perú).
- En el Paraguay, se creó una posición de coordinación nacional para el PCPCD, que se encarga de dar seguimiento técnico y administrativo al proyecto.

#### **OPS y los Ministerios de Salud, Programas Nacionales**

- La Representación de la OPS en el país colabora con los programas nacionales de los ministerios de salud para coordinar la cooperación técnica.
- La OPS apoya la realización de las actividades programadas y el monitoreo.

- Los ministerios de salud tienen la responsabilidad de realizar las actividades.

### **Observaciones gerenciales y administrativas**

La misión encontró algunas evidencias de que la gerencia del proyecto fue efectiva y eficiente de acuerdo a lo que la situación de cada país permitía y dentro de los límites de los procesos administrativos.

Durante la misión algunos de los participantes nacionales mencionaron que habían tenido dificultades para recibir oportunamente los fondos para la ejecución de las actividades programadas. Aunque esta situación no haya sido directamente observada durante la evaluación se puede concluir que las dificultades en la solicitud, aprobación y recepción de los fondos entre la ACIDI-CIDA y la OPS bajo la modalidad de contribución afectó la implementación del proyecto en los países en términos del retraso de la implementación de actividades y la falta de continuidad de acciones. Se puede asumir que el cambio reciente en el acuerdo tendrá un impacto positivo en la evolución de la relación entre ACIDI-CIDA y la OPS, teniendo en cuenta los problemas experimentados en los primeros años del proyecto.

Según el Informe de Progreso del proyecto de noviembre de 2005, la mayor parte de los fondos del PCPCD han sido usados para actividades de capacitación y de fortalecimiento de capacidades (28.2%) seguido por gastos en implementación local y operacionales (23.5%) y servicios (14.7%). Paraguay utilizó US\$ 585.561 y Perú US\$ 388.966 de los fondos totales recibidos bajo la contribución que representan 59% y 58% de los fondos programados por país para los años 1 al 4 del proyecto.

La coordinación regional en la sede de la OPS (DPC/CD) cumplió en forma adecuada y eficiente con las responsabilidades administrativas y financieras del proyecto. Esto pudo ser evidenciado por la activa movilización de recursos técnicos de otras unidades y de las Representaciones para asesoría y monitoreo de diferentes componentes del proyecto, en la supervisión sistemática y frecuente de los componentes del proyecto en los países y precisión y utilidad práctica de los informes de seguimiento preparados.

A nivel regional se han realizado visitas de monitoreo coordinadas con los asesores regionales de los componentes respectivos que resultan en recomendaciones de alta calidad para mejorar la implementación del proyecto y que muestran el grado de abogacía que se realizó a través de estas visitas. Durante el año 2005, las visitas de monitoreo a Paraguay y Perú para AIEPI y Chagas incluyeron un intercambio de experiencias porque las participantes del proyecto en Paraguay fueron invitadas a participar en las visitas en Perú y viceversa. Esto también fue un resultado no intencional ya que contribuye a la política de fomentar la cooperación horizontal, una prioridad de la OPS.

En algunos casos hubo dificultades y desafíos en la administración de los fondos del proyecto en los países:

#### *Paraguay*

Desde el inicio del proyecto, los fondos son manejados en forma centralizada tanto en la oficina de la OPS en el país, como por las autoridades nacionales responsables de la ejecución de las actividades. Los fondos son entregados a las autoridades correspondientes contra la presentación de formularios de "Solicitud de Cooperación Técnica" para cada actividad. La preparación de los formularios, aunque

comúnmente empleados por la OPS en todas sus oficinas de países, ha ocasionado en algunos casos, retrasos en la entrega de los fondos debido a los siguientes factores:

- Existe falta de conocimiento de parte de los nacionales sobre la información requerida para la presentación de solicitudes de cooperación técnica a la OPS.
- Al llenar los formularios, para algunas de las actividades, los funcionarios nacionales enfrentan dificultades en la estimación de los costos.
- Falta de claridad de los funcionarios nacionales responsables de completar las solicitudes de cooperación técnica sobre el cálculo de viáticos, procedimientos de compras, informes de Cartas Acuerdo y otros.
- En algunos casos, las instrucciones de parte del personal de OPS no han sido consistentes.
- Según el punto de vista de algunos nacionales, las regulaciones de OPS han sido cambiantes y no aplicadas en forma uniforme.
- En caso de ausencia temporal de los coordinadores de los componentes del proyecto en OPS han habido problemas en la codificación de las obligaciones.

### *Perú*

En general el proyecto marcha bien en todos sus componentes, tanto a nivel nacional, como local, aunque existen algunas circunstancias donde ha habido retrasos en la asignación y distribución de los fondos para ejecutar las actividades del proyecto.

A través del tiempo, los fondos han sido manejados en forma centralizada (AIEPI), siendo algunos componentes manejados en forma descentralizada (Chagas). La experiencia positiva resultante del manejo descentralizado está siendo transferida a los demás componentes.

En el caso del componente de AIEPI, dada la multiplicidad de organizaciones trabajando a nivel local, en algunos casos se observó un desconocimiento de la cooperación Canadiense.

Aunque la tramitación de las solicitudes de cooperación técnica (entrega de fondos) en la OPS es ágil, en caso de ausencia temporal de los coordinadores de los componentes del proyecto han habido problemas en la codificación de las obligaciones.

### **Observaciones técnicas**

- Hay compromiso político a nivel nacional y en cada una de las regiones visitadas durante la evaluación para participar en y apoyar la ejecución del PCPCD lo que es un factor clave para asegurar que las acciones del proyecto alcancen a las poblaciones beneficiarias.
- Durante la evaluación se observó que el PCPCD avanzó hacia el logro de los resultados esperados en todos sus componentes, tanto en Paraguay como en Perú y que existe un buen conocimiento del proyecto en todos los niveles del sistema de salud que fueron visitados.
- En algunos componentes del PCPCD todavía existe una falta de cumplimiento de los compromisos nacionales asumidos al inicio del proyecto en ambos países, específicamente

con respecto a los componentes de AIEPI e ITS (atención sindrómica) donde los medicamentos no están disponibles para implementar o aplicar las estrategias en su totalidad.

- Como consecuencia, se identificó que hay limitaciones para lograr los resultados esperados, que depende del cumplimiento de los compromisos nacionales establecidos al inicio del PCPCD.
- Se observó que para medir mejor el impacto de los resultados de algunos componentes del proyecto, dentro del marco lógico apropiado, será preferible ajustar algunos indicadores. La información específica está incluida en los informes de cada país.
- Hay tensión entre el PCPCD y los programas nacionales y/o ministerios de salud dado que las expectativas de los programas nacionales, basadas en sus necesidades, no siempre coinciden con el marco lógico y con los acuerdos del proyecto en términos de los insumos elegibles para financiamiento. Por ejemplo, para manejar sus programas y hacer vigilancia los países quieren comprar computadoras.
- Un obstáculo a la implementación del proyecto es el déficit en tecnología (comunicación y computación) y transporte en los países para poder aplicar las políticas nacionales de salud a las que el proyecto da apoyo en muchos puestos de salud.
- Se observó durante la visita a Cusco en Perú que distintas organizaciones no-gubernamentales (ONG) quieren trabajar en las mismas comunidades y los mismos profesionales en AIEPI lo que puede contribuir a la duplicación de esfuerzos si no hay una coordinación adecuada.
- Tanto Paraguay como Perú se encuentran descentralizando sus servicios de salud, siendo Paraguay más centralizado. La descentralización implica la redefinición de funciones, responsabilidades y recursos de los diferentes niveles de prestación de servicios. En el momento actual todavía existe, en la práctica, una cierta indefinición de los roles de los programas nacionales, que deberían de tener una función normativa en los servicios de salud regionales y locales.
- Este hecho y características del PCPCD de complementar las actividades de los programas nacionales de control de enfermedades planteó un desafío adicional al equipo evaluador en el sentido de identificar cuáles fortalezas y debilidades se debían al proyecto y cuáles correspondían a los programas nacionales o a la red de servicios.
- Eso fue particularmente evidente en los componentes del proyecto en que las principales actividades e intervenciones están orientadas a la atención individual en que, a veces, se confunden las responsabilidades entre el programa y proyecto como es el caso de ITS en Paraguay.
- En ITS pareciera que el proyecto se confunde con el programa o que éste se resume al proyecto. Esta diferencia de roles entre un proyecto con recursos y tiempo limitado de implementación y la responsabilidad del programa nacional y de la red de servicios es crítica

para la sostenibilidad de las acciones en el futuro. Especial atención debe darse a este aspecto para todos los componentes actuales del proyecto así como también la nueva propuesta de desarrollar un componente de un programa de atención integrado en el departamento de Boquerón que involucra autoridades municipales, regionales y nacionales.

### **Relación con los socios**

La evaluación evidenció fuerte compromiso político por parte de las autoridades nacionales y de respuesta multisectorial tanto en Paraguay como en Perú. Ello fue confirmado en las entrevistas mantenidas con cargos ministeriales en ambos países además de lo que fue observado en los contactos con las autoridades regionales en Boquerón y Cordillera (Paraguay) y en Arequipa y Cusco (Perú). En ambos países las autoridades regionales, todavía no tienen la responsabilidad última en atención de salud, la que continúa en manos de los ministerios centrales, habían dado y continuaron dando durante la misión muestras de compromiso y cooperación con el proyecto y sus actividades, incluyendo la propia evaluación. Los propios Gobernadores recibieron a la misión. También se observó un alto grado de compromiso en las reuniones con las autoridades de los programas nacionales de Chagas y de Salud Infantil y Niños en Paraguay y Perú, y con los de Enfermedades de Transmisión Sexual, Tuberculosis, Dengue y con la Secretaría de la Mujer en Paraguay.

Las respuestas multisectoriales que el proyecto quería promover también fueron observadas en todos los componentes. Los ejemplos más evidentes fueron la experiencia de la semana de Chagas en Paraguay, donde hubo implicación de un gran número de escuelas (directores, maestros, alumnos) y las actividades de control de Chagas en Perú con participación del ejército. Con relación al componente de AIEPI en Paraguay y en Perú se observó la participación de universidades y otros departamentos gubernamentales en la implementación de la estrategia. También la integración de la estrategia de género en Paraguay con la colaboración establecida con la Secretaría de la Mujer.

La estrategia integrada para la prevención y control de dengue elaborada en Paraguay incluye un abordaje multisectorial (Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSP y BS), Salud Ambiental, Sanidad Militar y Policial, Universidades, Educación y Cultural) y será interesante hacer seguimiento a su implementación para ver si hay lecciones aprendidas que podrían aplicarse a otras enfermedades transmisibles involucradas en el proyecto.

En Paraguay, la evaluación detectó una gran responsabilidad compartida en el diseño de un plan de atención de salud integrada para el departamento de Boquerón, donde tanto el nivel central del Ministerio de Salud y Bienestar Social así como el nivel Departamental y las autoridades propias del departamento colaboraron para elaborar el plan basado en los resultados ya logrados del proyecto piloto (programa de salud integrado de Boquerón) del PCPCD que fue iniciado en el tercer año del proyecto, y elaborado en una relación abierta entre todos los socios y el proyecto.

Para la implementación del plan, una carta de entendimiento fue firmada entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la región sanitaria de Boquerón y la Gobernación del departamento de Boquerón lo cual refleja el alto nivel de compromiso que existe para este proyecto.

## Igualdad de género

En Paraguay, las acciones encaminadas a la incorporación de la perspectiva de género en los programas de enfermedades transmisibles y aquellas orientadas al logro de los objetivos de la estrategia de igualdad de género del PCPCD, se planificaron y ejecutaron en forma conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República del Paraguay y el Departamento de Ciencias Sociales del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud IICS/UNA. Dentro del alcance del proyecto, el mismo se encuentra apoyando la implementación de la línea de acción número cinco (“Una Salud Integral”) del II Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003/2007) aprobado por Decreto N° 1958/2004.

A partir del tercer año se realizaron talleres de capacitación sobre la incorporación del enfoque de género en la planificación y programación en salud. De los mismos participaron representantes de cada componente del proyecto y el resultado esperado de los talleres fue: *“Participantes tienen mayor comprensión de la relevancia del enfoque de género como elemento esencial de la planificación en salud para alcanzar un desarrollo humano sostenible”*.

Algunos temas claves incorporados en los talleres fueron los siguientes:

- Revisión de los compromisos internacionales asumidos por Paraguay en materia de género y salud así como leyes y documentos nacionales concordantes.
- Análisis del II Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2007 y líneas de acción asumidas por los respectivos programas.
- Fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Secretaría de la Mujer, además del posicionamiento en programas no tradicionalmente femeninos como TB o Chagas.
- Capacitación en los conceptos de género: sexo y género; roles de género; acceso y control sobre los recursos; estereotipos de planificación; influencia de sexo y género en los perfiles de salud de hombres y mujeres, abordajes prácticos y estratégicos de género, proceso de empoderamiento.
- Análisis y propuestas de cómo incorporar la perspectiva de género en las estrategias y programas del PCPCD.
- Un valor agregado de los ejercicios realizados en el marco de las capacitaciones, fue por ejemplo, lograr la desagregación por sexo de los casos de infecciones de transmisión sexual; comprendiendo de esa manera las dificultades de género para lograr el tratamiento correspondiente.

Como resultado de los talleres, en el marco del PCPCD, se han revisado los documentos técnicos de AIEPI para incluir hombres (padres) y no solo mujeres (madres) como parte de la estrategia, se ha mejorado el conocimiento de género con respecto a los promotores de salud y se ha rescatado el impacto del trabajo de la mujer tanto a nivel de las comunidades como en la vigilancia de *Triatoma*



*infestans* (componente de Chagas). Se ha demostrado que el conocimiento y manejo de datos desagregados por sexo pueden ser utilizados para apoyar la programación y la planificación de actividades (todos los componentes del proyecto).

En el año 2005 se incorporaron las mesas temáticas de “Género y Salud” con el objetivo de reunir a las autoridades de alto nivel para trabajar en un espacio en el cual puedan presentarse los principales obstáculos y lograr el compromiso para desarrollar acciones conforme al sector al cual corresponda.

Durante el cuarto año del proyecto se realizaron dos mesas temáticas. La primera sobre la sífilis y su efecto en las mujeres Paraguayas y la segunda para dar seguimiento a los compromisos asumidos en el Encuentro “Mujeres y Niñas Venciendo al VIH/sida” realizado el 1 de diciembre de 2004 en Paraguay.

Los resultados principales de las mesas fueron los siguientes:

- Elaboración y firma de dos cartas de compromiso entre la Corte Suprema de Justicia, Ministerio de Salud y Bienestar Social, Ministerio de Educación, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Turismo, las representantes de UNICEF, ONUSIDA, Naciones Unidas, y la Universidad Nacional de Asunción.
- Gratuidad del diagnóstico y tratamiento de la sífilis y el VIH/sida en mujeres embarazadas.
- Difusión de la temática a través de los medios de comunicación para prevención de ambas infecciones.
- Especial atención a mujeres privadas de libertad.

Una de las prioridades para los siguientes años del proyecto es incorporar la sociedad civil en las mesas temáticas para fortalecer el abordaje multisectorial.

No fue posible hacer una evaluación completa de la igualdad de género en la visita a Perú debido a que todavía no se ha implementado en toda su extensión el enfoque de género en los componentes del PCPCD. Género está incluido como parte de los estudios de conocimientos, aptitudes y prácticas (CAP) en Chagas y está programada la introducción del enfoque de género en AIEPI como parte de las actividades del cuarto año que todavía no han sido implementados.

## **Sostenibilidad**

La rotación del personal de salud y su ausencia en algunos puestos de salud significa una limitación no solamente a la eficacia del proyecto sino también a todas las acciones de los programas nacionales ya que el personal cambia con gran rapidez de destino con lo que no se puede garantizar que la capacitación recibida pueda aplicarse en la localidad que era el objetivo del proyecto y donde esta persona había sido asignada para la capacitación. La rotación es un problema mayor en el sistema que queda fuera del ámbito del proyecto; pero una sugerencia para que el proyecto pueda mejorar su eficacia es intentar adelantarse a este fenómeno, y contribuir a la sostenibilidad de sus logros dando prioridad para la capacitación al personal más permanente, por ejemplo a nivel local, y asegurar que la capacitación involucre todos los niveles de atención para establecer una masa crítica de recursos humanos (RRHH).

A pesar de que existe alguna preocupación en este aspecto, el equipo de evaluación también cree que se dieron indicaciones con respecto a que algunos de los resultados logrados se iban a mantener; pero que en la próxima fase de la implementación del proyecto el enfoque debía de ser el de definir cómo el PCPCD podía contribuir y ayudar a la sostenibilidad de acciones ya logradas en los países. La incorporación de conocimientos logrados mediante la capacitación indica que estos son activos y que permanecerán más allá de cuando se termine el proyecto en todos los componentes en los que hubo actividades de capacitación.

Durante la evaluación se observó que en relación a la enfermedad de Chagas los compromisos nacionales con el PCPCD fueron cumplidos tanto en Perú como en Paraguay. En Perú el Ministerio de Salud mantiene su compromiso financiero y político de asegurar las operaciones del proyecto y la compra de insecticidas fue introducida en el presupuesto regular de control de vectores en las áreas del proyecto. Actualmente el PCPCD está apoyando parcialmente a la contratación de personal para la fumigación de insecticida y para la comunicación social. Esta situación debe ser revisada y analizada en los próximos años para garantizar que los recursos humanos necesarios estén disponibles para mantener las acciones y proteger los logros actuales después de la terminación del proyecto (véase anexo 6, compromisos nacionales de los países).

En Paraguay para Chagas, se evidenció el cumplimiento de los siguientes compromisos nacionales del proyecto: que las autoridades nacionales aceptan y apoyan la estrategia de vigilancia propuesta como medio para reducir la transmisión por vector de la enfermedad de Chagas; promueven la participación activa de los líderes de la comunidad; y proveen apoyo institucional del sector salud a todos los niveles.

Se observó que algunos compromisos nacionales no han sido cumplidos en los siguientes componentes del proyecto:

- Paraguay: componente de AIEPI (compromiso institucional y que las Instituciones participantes proporcionen recursos técnicos y financieros).
- Paraguay: componente de ITS (compromisos relacionados con la disponibilidad de recursos humanos, provisión de medicamentos, y de medios de transporte a las regiones).
- Perú: componente de AIEPI (compromisos ministeriales para la provisión de los medicamentos e insumos).

## **5.2 Resultados no anticipados**

Durante su ejecución el PCPCD ha realizado abogacía en ambos países para el acercamiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cumplimiento de los propios compromisos del gobierno para con el proyecto, el uso más eficiente de los recursos y la sostenibilidad de los logros adquiridos. Esta capacidad llevó a resultados que no estaban planeados ni previstos. Entre ellos debemos mencionar:

En Paraguay:

- Compromiso y resolución nacional para la gratuidad de las pruebas diagnósticas y el tratamiento de todas las mujeres embarazadas para prevenir sífilis congénita y la transmisión

vertical del VIH, como resultado de las mesas temáticas de género y salud programadas en el PCPCD.

- Inclusión de indicadores de sífilis entre los indicadores de control de gestión que el nivel central del Ministerio de Salud y Bienestar Social realiza en todas las regiones.
- Establecimiento de un trabajo coordinado con la Secretaría de la Mujer en Paraguay para la integración de la igualdad de género dentro el sistema de atención sanitaria del país y lograr las líneas de acción del Plan de Igualdad para Hombres y Mujeres de la Secretaría de la Mujer en Paraguay que están al alcance del PCPCD.
- Colaboración con el Ministerio de Educación para la vigilancia del vector de la enfermedad de Chagas y la incorporación de esta enfermedad en el programa de estudio de las escuelas.
- Interés y compromiso del Ministerio de Salud y Bienestar Social para implementar el componente comunitario de la estrategia de AIEPI.

En Perú:

- Gerencia descentralizada y el fuerte apoyo intersectorial al proyecto en Arequipa han contribuido al éxito de las actividades realizadas y de los avances alcanzados en la eliminación del vector de la enfermedad de Chagas.
- Las actividades de movilización social de Chagas incorporan todos los niveles de atención y son multi-institucionales en su ejecución y como consecuencia actualmente las comunidades demandan que sus viviendas sean rociadas.
- Interés y compromiso del Ministerio de Salud para implementar el componente comunitario de la estrategia de AIEPI.

A pesar que la evaluación no tenía entre sus objetivos evaluar la visibilidad del proyecto, no hay duda que éste la tiene, incluso por encima de lo esperado por el volumen de la inversión. Hay varias explicaciones:

- Las características de las actividades que reciben apoyo y que tienen una cierta proyección pública.
- El estricto monitoreo por parte de la OPS que lleva regularmente al terreno al equipo de coordinación del proyecto.
- Otras actividades como la cobertura importante que recibió la misión de evaluación tanto por parte de las autoridades así como de la comunicación social.

## **6.0 Recomendaciones**

A continuación se presentan las principales recomendaciones de carácter general para que el PCPCD en la segunda mitad de la implementación de sus acciones pueda preservar los logros conseguidos y contribuir para la sostenibilidad futura de los resultados alcanzados. Las recomendaciones técnicas específicas para cada componente de enfermedad están presentadas en las secciones de país.

### **Compromiso político**

- Las autoridades nacionales de salud en los países deben cumplir con el compromiso de proveer de insumos y transporte para que se puedan lograr los resultados esperados. Este cumplimiento es clave para la sostenibilidad de los proyectos.

- Al final del proyecto, el país, las regiones y localidades deben poder suministrar los insumos mínimos para garantizar la continuidad de las actividades, incluyendo los suministros críticos de medicamentos y equipos que esta evaluación ha señalado.
- La OPS debe continuar la abogacía para que se cumplan los compromisos y responsabilidades nacionales con relación al PCPCD, no solamente para la obtención de los resultados del proyecto sino también para crear la capacidad local para el futuro y dar sostenibilidad de las acciones.
- La OPS debe fortalecer su función de abogacía (a nivel regional y de país) para garantizar que los medicamentos esenciales para AIEPI y para la prevención y el control de las ITS estén disponibles y accesibles no solamente para el PCPCD, sino también para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Debe monitorearse si los rubros de los presupuestos centralizados o descentralizados contienen las cantidades suficientes para dar continuidad a las actividades programadas e incluyen recursos tanto para la compra de medicamentos y equipos como para garantizar su distribución.
- Los ministerios de salud deben elaborar un plan para transferir las acciones del proyecto a los programas nacionales para continuar y mantener los logros alcanzados.

### **Abordaje multisectorial**

- Mantener y fortalecer el enfoque multisectorial para la prevención y control de las enfermedades transmisibles iniciado por el proyecto.
- Mantener las alianzas locales para fortalecer la sostenibilidad política de las acciones y resultados del proyecto dado que, en general, son menos afectadas por los cambios eventuales que puedan ocurrir como resultado de las elecciones para el gobierno nacional que ocurrirán en los próximos meses (Perú) y años (Paraguay) como ha pasado durante los primeros años de implementación del PCPCD.

### **Recursos humanos**

- Garantizar que en las actividades de capacitación se incluya personal de todos los niveles de atención (central, departamental, local) para que se consiga formar una masa crítica de recursos humanos, y establecer sistemas de supervisión del personal capacitado en los ambientes de trabajo. Esta recomendación es especialmente relevante para AIEPI en Paraguay y Perú e ITS en Paraguay.
- Continuar la incorporación de AIEPI en los currículos de las universidades para formar recursos humanos (RRHH) y usar los resultados de la experiencia obtenida en la creación de las competencias para contribuir a la sostenibilidad de las acciones.

## Aspectos operativos

- Promover la extensión y articulación del PCPCD para involucrar los niveles regionales y locales en la planificación, operación y supervisión de las intervenciones del proyecto, e incluir las comunidades de base y las organizaciones no-gubernamental (ONG) en el proceso.
- Integrar las acciones del proyecto (por ejemplo, capacitación, vigilancia, monitoreo y supervisión) como un mecanismo para usar mejor los recursos y crear equipos capacitados en los diferentes niveles de atención (central, departamental, local).
- Seguir las recomendaciones de las visitas de monitoreo realizadas por la OPS, en especial las relacionadas con el componente de AIEPI en Paraguay y Perú, que todavía no han sido cumplidas en su totalidad.
- En la administración de los fondos del proyecto a nivel de los países:
  - En Paraguay, considerar la opción de descentralizar los fondos a las áreas del proyecto de difícil acceso a través del uso de las cartas de acuerdo u otro mecanismo ágil.
  - En Perú, continuar con la descentralización de fondos en todos los componentes del proyecto a fin de agilizar su disponibilidad a nivel local.
  - En ambos países, fortalecer la coordinación entre los diversos actores a todos los niveles, especialmente a nivel local.

## Marco lógico del PCPCD

- ACIDI-CIDA debe considerar, con la colaboración de la coordinadora del proyecto de la OPS, la posibilidad de modificar algunos indicadores de resultados esperados de los componentes del PCPCD, para mejorar la medición de los resultados y reflejar mejor el ámbito de trabajo (regional, nacional, etc.). Los indicadores propuestos durante la evaluación están incluidos en los informes de los países.
- ACIDI-CIDA debe considerar el financiamiento para algunas prioridades nacionales identificadas durante la evaluación que todavía no son parte de la programación del PCPCD, pero que podrían aportar a los resultados esperados.
- Se recomienda ampliar el PCPCD para incluir el programa de salud integrado de Boquerón como un componente del proyecto, dado la relevancia de los resultados esperados y las actividades propuestas y la voluntad y el acuerdo político para su implementación.
- Se determinó que para ampliar los componentes del PCPCD tendrían que darse las siguientes condiciones:
  - Evidencia de resultados ya obtenidos
  - Compromiso político en los ámbitos de expansión
  - Perfil epidemiológico del problema que lo justifique
  - Análisis de los recursos humanos necesarios para hacer la extensión

## 7.0 Lecciones Aprendidas

Una de las lecciones más importantes aprendidas en la administración del PCPCD fue que los requerimientos financieros de ACIDI-CIDA no eran compatibles con el sistema de operaciones financieras de la OPS, lo que ocasionó retrasos en el traspaso de los fondos y en la implementación de actividades en los países. Estas dificultades se resolvieron con el cambio reciente en el acuerdo de proyecto de contribución al subsidio (*grant*). No obstante, estos problemas administrativos retrasaron la ejecución del PCPCD en sus primeros años.

En el Paraguay, una de las lecciones aprendidas es que las acciones programadas en todos los componentes se deberían de haber realizado primero como piloto en tres o cuatro regiones y con base en los resultados obtenidos y las lecciones prácticas aprendidas, ampliadas a otras regiones.

El proyecto ha estimulado las relaciones multisectoriales para abordar el manejo de las enfermedades transmisibles; también estimuló el abordaje de la igualdad de género que no existía en los programas de salud del país antes del PCPCD.

La sostenibilidad de los resultados a largo plazo dependerá de la capacidad de los gobiernos nacionales de destinar los recursos necesarios (humanos, insumos y financieros) para mantener el progreso alcanzado.

## **Informe de Paraguay**

**Asunción, Boquerón, Caazapá, Cordillera e Itapúa  
13-21 febrero 2006**

# Contenido

<b>1.0</b>	<b>Introducción</b>	<b>28</b>
1.1	Relaciones con el PCPCD y las prioridades de ACDI-CIDA y OPS	28
1.2	Ámbitos del proyecto	29
<b>2.0</b>	<b>Perfil del la evaluación</b>	<b>29</b>
2.1	Justificación	29
2.2	Objetivos	30
2.3	Metodología	30
<b>3.0</b>	<b>Comentarios generales</b>	<b>32</b>
3.1	Observaciones administrativas	33
3.2	Recomendaciones administrativas	34
<b>4.0</b>	<b>Observaciones y recomendaciones por resultado esperado</b>	<b>34</b>
4.1	Componente de AIEPI	34
4.2	Componente de Chagas	37
4.3	Componente de ITS	42
4.4	Componente de programa integrado de atención a la salud	45
4.5	Igualdad de género	46
4.6	Otros componentes	47



## 1.0 Introducción

El proyecto *Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD) en América de Sur* se inició en septiembre de 2002 con la meta de contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad e incapacidad causada por las infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis, enfermedad de Chagas, dengue y enfermedades prevalentes de la infancia en las áreas del proyecto de los países que participan: Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela.

El proyecto es financiado exclusivamente por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la agencia ejecutora. El acuerdo es por un monto de CAN \$10.000.000 para un periodo de seis años y se inició en septiembre de 2002 con una fecha de conclusión en diciembre de 2008.

El PCPCD se elaboró con el fin de complementar la programación de prevención y control de las enfermedades transmisibles existentes en los países y abordar las brechas de los programas nacionales con énfasis en las poblaciones más vulnerables y marginales como las indígenas y las encarceladas. El proyecto prevé resultados esperados que fueron elaborados durante la misión del inicio del proyecto (julio y agosto de 2002) con la participación de autoridades nacionales de los países y representantes de la OPS y ACDI-CIDA. En los primeros años del proyecto las actividades se han enfocado en el desarrollo de recursos humanos y se han dirigido a la población indígena en Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú (AIEPI).

La meta principal de PCPCD es contribuir a la prevención y control de las enfermedades transmisibles que producen la mayor carga de morbilidad y mortalidad entre los niños, jóvenes y adultos en Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. El PCPCD tiene como propósito fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales de los países del proyecto encargadas de planificar, administrar y proporcionar programas sostenibles, integrales y con un enfoque de género para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles más prevalentes que causan el mayor número de defunciones e incapacidad.

### 1.1 Relaciones con el PCPCD y las prioridades de ACDI-CIDA y OPS

El PCPCD se ajusta a las prioridades y objetivos sanitarios de ACDI-CIDA Canadá con respecto al desarrollo humano sostenible e la igualdad de género, por centrarse en la reducción de la morbilidad y mortalidad de grupos vulnerables y sectores de alto riesgo de la población, como son las mujeres, los niños, la población indígena y los pobres. El proyecto se corresponde a la programación de ACDI-CIDA, que se guía por las prioridades de desarrollo social de la agencia, según se detalla en los planes de acción para la salud y nutrición y VIH/sida. También está en línea con el marco lógico del desarrollo de programación de ACDI-CIDA en los países objeto y la estrategia para ACDI-CIDA en las Américas, es decir el “cierre de brechas”, fortaleciendo recursos humanos e institucionales, particularmente dentro los servicios de salud.

El PCPCD es parte integral de la programación de la OPS. Incluye, la Iniciativa de la Salud del Cono Sur (INCOSUR) con respecto a la enfermedad de Chagas; la estrategia de AIEPI para las enfermedades prevalentes de la infancia; la estrategia DOTS/TAES para tuberculosis, la estrategia de

Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (Resolución 44.R9 de la OPS), y el manejo sindrómico de las ITS.

El proyecto también contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que forman la base para las líneas estratégicas de ACIDI-CIDA y OPS. Específicamente se incluye los siguientes objetivos:

- ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
- ODM 5: Reducir la mortalidad materna
- ODM 6: Combatir el VIH/sida, malaria y otras enfermedades

## **1.2 Ámbitos del proyecto**

En el Paraguay, el proyecto financia la ejecución de actividades en AIEPI en las regiones de Asunción, Boquerón, Caazapá e Itapúa, el control de la enfermedad de Chagas en Concepción, Cordillera y Paraguari y la vigilancia con la participación de las escuelas en las regiones de Guará y San Pedro, la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual con enfoque en sífilis y sífilis congénita en Cordillera y Paraguari y está evaluándose la posibilidad de incorporar un nuevo componente de atención a salud integrada en el departamento de Boquerón. Además se han ejecutado actividades referentes a los componentes regionales (dengue) o transversales (género) y, el componente de tuberculosis, el cual fue ejecutado hasta el momento del desembolso de fondos por parte del Fondo Mundial en marzo de 2005.

Los resultados esperados y compromisos nacionales para cada componente se describen en el anexo 7.

## **2.0 Perfil de la evaluación**

### **2.1 Justificación**

El PCPCD se halla en la fase media de su ejecución. Esta fue una de las razones principales por las cuales ACIDI-CIDA y OPS lo seleccionaron para su evaluación. Se espera que el análisis realizado durante la misma asegure que las actividades del proyecto avancen hacia la obtención de los resultados esperados y permita, dependiendo del caso, tomar las medidas de ajuste adecuadas. Otro factor importante que justificó la decisión de realizar la evaluación fue el reciente cambio en el estatus jurídico y administrativo del proyecto y en la relación entre ACIDI-CIDA y OPS en referencia a esta actividad. El cambio en el acuerdo también presentó una oportunidad para que se observara cual había sido el impacto de los retrasos en el financiamiento a los países bajo la Contribución. Como se mencionó anteriormente, en octubre de 2005 el acuerdo del proyecto fue modificado de ser un “contribution arrangement” a un subsidio o “grant” en el objeto de mejorar la flexibilidad y solicitar recibir los fondos para facilitar la ejecución de las actividades del proyecto a nivel de los países.

Paraguay fue seleccionado para la evaluación porque es uno de los países beneficiarios más importantes del proyecto, tanto por el número de componentes como por el financiamiento recibido a la fecha, y también porque han expresado interés en ampliar las actividades y cobertura del proyecto.

En el periodo de septiembre de 2002 a octubre de 2005, Paraguay ha desembolsado US \$585.651 que corresponde a 35% de los fondos totales recibidos de la Contribución.

## 2.2 Objetivos

Determinar el progreso logrado con respecto a cada objetivo y resultado esperado en las áreas del proyecto seleccionadas y, si fuese necesario, formular recomendaciones para mejorar la ejecución del mismo en colaboración con las contrapartes nacionales.

Los objetivos específicos fueron:

- Examinar los resultados esperados e indicadores según han sido enumerados en el marco lógico del proyecto para determinar si requieren reorientación u otros cambios con base en el estado actual de la implementación y las necesidades del país.
- Identificar las dificultades que afectan la ejecución así como las lecciones aprendidas y los resultados no intencionales obtenidos.
- Determinar las prioridades relacionadas con cada componente del proyecto para, dentro de lo posible, incluirlas en los próximos planes de trabajo.
- Evaluar la factibilidad de elaborar un subproyecto para ampliar el programa de salud integrado del departamento del Boquerón en el Paraguay, y desarrollar su resultado esperado(s) e indicador(es) propios para el subproyecto.

Además, la evaluación tuvo el propósito de hacer frente a estas tareas considerando los siguientes parámetros:

- Relevancia: ¿Es el PCPCD compatible con las necesidades y las prioridades de los beneficiarios objeto en los países?
- Eficiencia y eficacia: ¿Es la gerencia de PCPCD eficaz y eficiente a nivel regional y de país?
- Socios: ¿Hay participación activa de los socios de los países en el diseño, implementación y monitoreo del PCPCD?
- Igualdad de género: ¿En qué medida ha contribuido el PCPCD al avance de la igualdad de género?
- Sostenibilidad: ¿Hay alguna indicación de que los resultados logrados se mantendrán después del final del PCPCD?

## 2.3 Metodología

Debido a las características del proyecto, atención complementaria a enfermedades prioritarias en áreas y poblaciones marginales, se ha dado prioridad a observar las actividades y el funcionamiento a

nivel operacional y a los resultados obtenidos en los diversos componentes que constituyen el proyecto. Como parte de esta tarea se revisaron las relaciones del proyecto con los programas (de control de enfermedades específicas) y con los servicios descentralizados de salud y la relación del proyecto con otros proyectos de cooperación.

La evaluación fue diseñada también como un trabajo de aprendizaje para todos aquellos que participaban en ella, incluido el equipo de evaluación. En relación al aprendizaje, la evaluación es considerada una parte integrante del proyecto; una actividad y una experiencia más, que confluye con todas las otras actividades en su avance.

Los participantes nacionales en la evaluación y la agenda de la visita están detallados en el anexo 8.

La evaluación constó de las siguientes actividades:

- (1) Revisión de los documentos del PCPCD e informes pertinentes como los informes de monitoreo y supervisión del proyecto.
- (2) Entrevistas y reuniones con los miembros del equipo del proyecto, incluidas las autoridades nacionales y los beneficiarios del proyecto. Además de las reuniones y conversaciones con el equipo nacional que se desarrollaron durante las visitas, debe mencionarse:
  - Sesiones de trabajo con los equipos coordinadores de los programas o unidades correspondientes sobre la situación del proyecto ACIDI-CIDA. Por una parte hubo, como mínimo, una sesión individual para cada componente (incluyendo una sesión para el componente de dengue, tuberculosis y género, para los que no se proveyeron sesiones específicas, durante las visitas se pudo explorarse la situación) con la participación de los equipos nacionales, donde se presentaron los logros, los retos y las sugerencias de cada programa
- (3) Visitas a las zonas seleccionadas del proyecto:
  - Componente de Chagas:
    - Visita a dos sectores del SENEPA en los departamentos de Cordillera y de Paraguari.
    - Visita a líderes comunitarios, una escuela y centros de denuncia de triatóminos en municipios de los departamentos de Cordillera y Paraguari.
    - Visita al Laboratorio de Entomología del SENEPA a nivel central.
    - Visita al Programa Nacional de Chagas en el SENEPA.
    - También se exploró el componente Chagas durante las visitas a las comunidades indígenas del departamento de Boquerón.
  - Componente de AIEPI:
    - Visita a puestos de salud, hospitales y personal de salud en los departamentos de Caazapá (Cabayu Reta y Yute) e Itapúa (Natalio y Triunfo).
  - Componente de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):
    - Visita a puestos de salud y entrevistas con personal de salud en los departamentos de Cordillera.

- Componente de programa integrado de atención a la salud en el departamento de Boquerón:
  - Visita a Filadelfia y a comunidades indígenas.
- (4) Hubo una sesión formal de presentación de resultados para cada uno de los componentes a cargo de las contrapartes nacionales donde se presentó el estado de consecución de los resultados esperados y se plantearon y discutieron las áreas prioritarias de las intervenciones por componente y, conjuntamente, se llevó a cabo una nueva sesión para analizar sugerencias en referencia a modificaciones en los indicadores del proyecto (véase anexos 9, 10 y 11). También se realizó una reunión final de presentación de los resultados preliminares de la evaluación con la Ministra de Salud y sus principales Directores Generales y jefes de programas involucrados.

### 3.0 Comentarios generales

- Durante la evaluación se observó que el PCPCD avanzó hacia el logro de los resultados esperados en todos sus componentes y que existe un buen conocimiento del proyecto en todos los niveles del sistema de salud que fueron visitados.
- Hay compromiso político a nivel nacional y en cada una de los departamentos visitados durante la evaluación para participar y apoyar la ejecución del PCPCD, lo que es un factor clave para asegurar que las acciones del proyecto alcancen a las poblaciones beneficiarias.
- Se observó que algunos compromisos nacionales que fueron establecidos al inicio del proyecto todavía no se han cumplidos en los componentes de AIEPI e ITS, por ejemplo:
  - Componente de AIEPI: compromiso institucional y que las Instituciones participantes proporcionen recursos técnicos y financieros.
  - Componente de ITS: compromisos relacionados con la disponibilidad de recursos humanos, la provisión de medicamentos y de medios de transporte a las regiones.
- Si bien es indudable que el proyecto ha contribuido a fortalecer los recursos humanos a través de la capacitación, es necesario reforzar la supervisión de acciones prácticas y garantizar que las actividades de capacitación incluyan todos los niveles de atención para que se consiga formar una masa crítica de recursos humanos.
- En los componentes del proyecto en que las principales actividades e intervenciones están orientadas a la atención individual, a veces se confunden las responsabilidades del programa con las del proyecto como se observó en el caso del componente de ITS y en menor grado con AIEPI. En ITS pareciera que el proyecto se confunde con el programa o que éste se resume al proyecto. La diferenciación de funciones y responsabilidades entre el PCPCD y la del programa nacional es fundamental para la sostenibilidad de las acciones en el futuro.

- Hay insuficiente coordinación entre los diferentes niveles de atención (central, departamental, local) en la planificación de actividades y seguimiento de intervenciones.
- Un obstáculo a la implementación del proyecto y de las acciones del programa nacional, es el déficit en tecnología (comunicación y computación) y transporte en los países para poder aplicar las políticas nacionales de salud a las que el proyecto da apoyo en muchos puestos de salud.
- La administración de los fondos del proyecto es muy centralizada y se requieren múltiples requisitos administrativos para hacer solicitudes de cooperación técnica, lo que ha contribuido a retrasos en la ejecución de actividades programadas.

Se han logrado resultados no anticipados a través de la abogacía realizada a través del PCPCD:

- Compromiso y resolución nacional para la gratuidad de las pruebas diagnósticas y el tratamiento de todas las mujeres embarazadas para prevenir sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH, como resultado de las mesas temáticas de género y salud programadas en el PCPCD.
- Inclusión de indicadores de sífilis entre los indicadores de control de gestión que el nivel central del Ministerio de Salud y Bienestar Social realiza en todas las regiones.
- Establecimiento de un trabajo coordinado con la Secretaría de la Mujer en Paraguay para la integración de la igualdad de género dentro el sistema de atención sanitaria del país y lograr las líneas de acción del Plan de Igualdad para Hombres y Mujeres de la Secretaría de la Mujer en Paraguay que están al alcance del PCPCD.
- Colaboración con el Ministerio de Educación para la vigilancia del vector de la enfermedad de Chagas y la incorporación de esta enfermedad en el programa de estudio de las escuelas.
- Interés y compromiso del Ministerio de Salud y Bienestar Social para implementar el componente comunitario de la estrategia de AIEPI.

### **3.1 Observaciones administrativas**

Desde el inicio del proyecto, los fondos son manejados en forma centralizada tanto en la oficina de la OPS en el país, como por las autoridades nacionales responsables de la ejecución de las actividades. Los fondos son entregados a las autoridades correspondientes contra la presentación de formularios de “Solicitud de Cooperación Técnica” para cada actividad. El llenado de los formularios, aunque comúnmente empleados por la OPS en todas sus oficinas de países, ha ocasionado en algunos casos, retrasos en la entrega de los fondos debido a los siguientes factores:

- Existe falta de conocimiento de parte de los nacionales sobre la información requerida para la presentación de solicitudes de cooperación técnica a la OPS.
- Al llenar los formularios, para algunas de las actividades, los funcionarios nacionales enfrentan dificultades en la estimación de los costos.
- Falta de claridad de los funcionarios nacionales responsables de completar las solicitudes de cooperación técnica sobre el cálculo de viáticos, procedimientos de compras, informes de cartas acuerdo y otros.
- En algunos casos, las instrucciones por parte del personal de OPS no han sido consistentes.

- Según el punto de vista de algunos nacionales, las regulaciones de OPS han sido cambiantes y no aplicadas en forma uniforme.
- En caso de ausencia temporal de los coordinadores de los componentes del proyecto, en OPS han habido problemas en la codificación de las obligaciones.

Asimismo, se observaron algunos factores a nivel nacional que también influyen sobre la gerencia del proyecto y, por ende, en la disponibilidad de los recursos a nivel local:

- Requerimiento de conocimientos gerenciales en todos los niveles.
- Amplia rotación de recursos humanos, particularmente en el nivel central.
- Zonas de difícil acceso para algunas de las actividades del proyecto.

### **3.2 Recomendaciones administrativas**

#### **A OPS:**

- Organizar sesiones periódicas de capacitación para todos los involucrados en el proyecto a fin de proporcionar una información estandarizada sobre las normas/regulaciones de OPS y la documentación requerida para la presentación de las solicitudes de cooperación técnica.
- Considerar la opción de descentralización de fondos en áreas del proyecto de difícil acceso a través del uso de las cartas de acuerdo u otro mecanismo ágil.
- Capacitar al nuevo responsable de presentar solicitudes de cooperación técnica para Boquerón. Dada la distancia entre el departamento de Boquerón y Asunción, definir mecanismos ágiles para la presentación de las solicitudes de cooperación técnica, así como para la entrega de los recursos financieros.
- Utilizar los códigos de subsidio que ya están indicados para las actividades en los planes de trabajo.

#### **A las autoridades nacionales:**

- A fin de fortalecer la coordinación y ejecución del proyecto, se sugiere trabajar muy de cerca con las regiones en la elaboración de los planes locales.
- Considerar la opción de descentralización de fondos en áreas del proyecto de difícil acceso.
- Fortalecer la coordinación de los diversos actores a nivel local.

## **4.0 Observaciones y recomendaciones por resultado esperado**

### **4.1 Componente de AIEPI**

Este componente tiene tres resultados esperados. Durante las visitas se observaron directamente los avances de los resultados uno y dos, y durante la presentación inicial se conocieron las actividades realizadas para el fortalecimiento en escuelas de medicina y enfermería que corresponde al resultado tres del proyecto. Los resultados esperados del componente de AIEPI son los siguientes:

Resultado Esperado 1:

*Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia AIEPI en las áreas beneficiadas del proyecto.*

Resultado Esperado 2:

*Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y en los departamentos de Boquerón, Caazapá e Itapúa se han beneficiado de la estrategia AIEPI.*

Resultado Esperado 3:

*Se ha fortalecido la incorporación de la estrategia AIEPI en los cursos de pre y postgrado en las escuelas de enfermería, medicina y salud pública en las áreas del proyecto.*

En general se observó que la mayoría de las recomendaciones de la visita de monitoreo de la OPS de agosto de 2005 relacionadas con abogacía, comunidad, servicios y universidades aun no han sido todavía cumplidas. El equipo de evaluación considera que éstas continúan relevantes y que deben ser incluidas como parte de las recomendaciones de este informe.

Se observó una alta rotación del personal de salud en los establecimientos visitados. Aunque es cierto que la capacitación de personal que se mueve rápidamente a otros centros no puede considerarse mala inversión, ya que prácticamente se establece siempre en algún lugar donde se puede sacar ventaja de la formación recibida, la rotación conlleva una dificultad importante para avanzar hacia los logros definidos en los resultados esperados en el ámbito del proyecto. La alta rotación debe considerarse un síntoma de mala “salud” de la organización de los servicios de salud, que no por presentarse en la mayoría de los países deja de ser preocupante y merece una reflexión. Es conveniente recomendar al programa nacional para la salud de la niñez priorizar al personal más estable para que se convierta en puntos de referencia para la AIEPI.

Debe recordarse que, dentro del marco del proyecto, el compromiso nacional es mantener los insumos necesarios y asegurar compromiso institucional para la estrategia. La situación en la mayoría de establecimientos es precaria incluso para insumos teóricamente asequibles como los sobres de rehidratación oral. Los problemas de distribución afectan también a los materiales producidos por el proyecto. La situación es mejor en el departamento de Boquerón donde no faltaron medicamentos esenciales para aplicar la estrategia.

La falta de medicamentos e insumos para aplicar la estrategia AIEPI impacta directamente sobre la posibilidad de lograr los resultados esperados uno (RE1) y dos (RE2) del proyecto.

Aunque la supervisión de actividades está programada como parte del plan de trabajo del proyecto, se observó que tanto la supervisión post capacitación como la supervisión en general de la estrategia AIEPI son débiles y en la práctica no se realizan en forma sistemática.



## Recomendaciones

- La planificación de las actividades del proyecto deben ser integradas con la estrategia del niño a nivel nacional e incorporar los tres elementos de AIEPI (clínico, comunitario y neonatal). A través del proyecto se recomendó iniciar este proceso de integración considerando de que el PCPCD apoya acciones complementarias a las del programa nacional.
- Se recomienda una resolución o declaración ministerial que refuerce la implementación de la estrategia, particularmente a la luz de los avances del proceso de descentralización del sistema de salud que se sigue en el país.
- Se recomienda explorar la asignación de recursos financieros a nivel central y departamental para asegurar la sostenibilidad de la implementación de acciones en salud materno-infantil. En este sentido es necesario hacer un esfuerzo de abogacía para privilegiar la salud infantil en la agenda política y pública.
- Estimular y mantener un mayor trabajo en red entre los diferentes niveles y ámbitos de trabajo que facilite el intercambio de experiencias, lecciones aprendidas, etc.
- Si bien la estrategia cuenta con el endoso técnico de la Sociedad Paraguaya de Pediatría sería deseable explorar una declaración oficial en ese sentido.
- Los esfuerzos de dar visibilidad a la salud materno-infantil podrían beneficiarse de una mayor articulación con el equipo responsable de las acciones de comunicación de la Dirección de Promoción de Salud.
- El programa nacional debe revisar y coordinar los acuerdos necesarios con la Dirección General de Servicios de Salud y otras direcciones para asegurar la disponibilidad de insumos: medicamentos, sobres de rehidratación, materiales etc. para la aplicación de la estrategia de AIEPI en todo el país.
- Es necesaria una mejor definición de indicadores de proceso y asegurar que los indicadores de la OMS, UNICEF y otros estén reflejados en el proyecto y en el programa nacional para medir mejor los avances del mismo.
- Para acelerar la consecución del resultado esperado dos (RE2) se recomienda incluir el establecimiento de AIEPI comunitario como parte del proyecto y establecer una mesa de trabajo de AIEPI comunitario con otras agencias y ONG (que también ayudaría a armonizar las distintas políticas de promoción de la salud infantil que coexisten en el país).
- Se sugiere que los materiales sean revisados periódicamente para asegurar que responden a los estándares técnicos internacionales y nacionales.
- Para contribuir a la sostenibilidad de las acciones del PCPCD, se recomienda articular las actividades programadas del proyecto a los niveles regionales y locales e involucrar

estrechamente a las regiones sanitarias en la planificación, implementación y seguimiento de las actividades.

- Expandir la capacitación para generar una masa crítica de recursos humanos, que incluye médicos, enfermeras, auxiliares y promotores y fortalecer el seguimiento de actividades.
- Para mejorar el acceso y uso de la población de la aplicación de la estrategia y el mejoramiento de la atención integral en salud de los niños se recomienda asegurar la capacitación del personal de salud, garantizar la supervisión y el suministro de medicamentos; promover la participación comunitaria y movilización social de todos los actores sociales involucrados.
- Se recomienda desarrollar acciones orientadas al fortalecimiento de los sistemas y a la organización de los servicios para optimizar la implementación de la estrategia. El curso de Organización Local desarrollado por OPS podría apoyar este proceso.
- Garantizar la provisión, suministro y disponibilidad oportuna de medicamentos e insumos básicos a nivel de los servicios que permitan la atención integral de la niñez, especialmente en aquellos que sirven a poblaciones de mayor vulnerabilidad; este es un aspecto que fortalecerá significativamente la estrategia. Se espera que el nuevo paquete de medicamentos esenciales de respuesta a esta recomendación.
- Se recomienda fortalecer los procesos de supervisión y seguimiento a nivel departamental con el propósito de garantizar procesos sostenidos de acompañamiento. Ello requerirá la asignación de recursos específicos por parte del Ministerio de Salud y Bienestar Social.
- Es necesaria la programación de las actividades de seguimiento para que las mismas puedan realizarse conjuntamente con otras actividades del proyecto.
- Fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Se recomienda un proceso de reactualización del personal capacitado en la estrategia AIEPI, especialmente a raíz de los avances de la misma.

#### Universidades<sup>5</sup>

- Reactivar y capitalizar las oportunidades que ofrece el comité AIEPI-Universidades y desarrollar un plan de incorporación de la estrategia en la formación en pregrado que además haga parte del plan nacional de expansión de la estrategia.
- Se recomienda que el plan maneje como aspectos prioritarios: capacitación de docentes; intercambio de experiencias; disponibilidad de materiales; investigaciones operativas; acciones de seguimiento y supervisión de estudiantes; y articulación de acciones entre el ministerio y las universidades.

---

<sup>5</sup> Las recomendaciones corresponden al informe de monitoreo del componente de AIEPI realizado en agosto de 2005.

- Es recomendable explorar un diálogo de los actores involucrados que explore un enfoque de formación por competencias de los profesionales del área de la salud que responda a las necesidades del país. El modelo de formación permanente que se viene discutiendo podría ser una oportunidad para avanzar en este proceso.

## 4.2 Componente de Chagas

El componente de la enfermedad de Chagas tiene el siguiente resultado esperado sobre la vigilancia de *Triatoma infestans*:

### Resultado Esperado 1:

*Se ha establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triatóminos con la participación de la comunidad.*

El programa nacional para el control de Chagas fue la referencia durante la evaluación y por lo tanto observaciones y recomendaciones adicionales sobre las prioridades del programa están incluidas en el informe.

### **Aspectos generales**

Se mantiene el desafío básico que supone la continuidad y sostenibilidad de la vigilancia en una enfermedad con poca visibilidad clínica. El proyecto está siendo esencial en poner las bases para ello mediante el reforzamiento de las actividades en la comunidad y en las escuelas. El programa existe más allá del proyecto, dispone de liderazgo y autoridad y la estructura regular de control vectorial y de salud realiza avances para la consolidación de las actividades de control de la enfermedad de Chagas (por ejemplo el presupuesto nacional está incorporando rubros para los gastos operativos, y se han establecido alianzas con los poderes locales y regionales).

La relación con los servicios asistenciales de salud es una parte débil del programa nacional. En las recomendaciones se menciona que debe avanzarse en este sentido, aunque el equipo observó claramente las dificultades vinculadas con las disponibilidades actuales de recursos humanos y tecnológicos a nivel de los puestos de salud (capacitación, ECG, fármacos).

La relevancia del componente de género pudo explorarse también en este componente. El personal del SENEPA enfrenta situaciones complejas de poder y autoridad en el hogar que interfiere con su actividad de control vectorial (por ejemplo, cuando no están autorizados a intervenir por ausencia del marido).

### Vigilancia entomológica

- Se encuentra implementado un sistema de vigilancia entomológica de infestación de viviendas por triatóminos basado en tres estrategias que se complementan: i) la existencia de líderes comunitarios permanentemente atentos a la presencia de triatóminos, ii) una actividad anual de búsqueda con las escuelas y iii) actividades de búsqueda activa por el programa de control.

- El sistema funciona en los distritos visitados de los departamentos de Cordillera y Paraguarí. Existe un sistema de información con instrumentos de registro en los distintos niveles, flujo del material entomológico involucrando centros de denuncia, referencia del material al laboratorio de entomología, retroalimentación a los equipos del SENEPA y ejecución de intervenciones cuando es necesario.
- Se han implementado conductas para verificar la actividad de los líderes y retroalimentar a los distintos niveles sobre el resultado de la denuncia. De igual forma, se constata que se están generando intervenciones de control en respuesta a la vigilancia.
- Los sectores del SENEPA están articulados a la estrategia de vigilancia comunitaria. Son los responsables de monitorear las actividades de líderes, recolectar material y ejecutar las intervenciones.
- Existe un grupo conformado a nivel central, muy comprometido con la estrategia de vigilancia y bien informado sobre la situación a nivel local.
- En las visitas realizadas a líderes, escuelas y centros de denuncia se constató la participación de los distintos niveles en la estrategia de vigilancia.
- Aunque la información está disponible a nivel local, se percibió una capacidad limitada de análisis de situación por parte de funcionarios en los sectores del SENEPA. Los formatos en que está registrada la información a nivel local no permiten tener rápidamente una visión longitudinal de la evolución de la situación a nivel de cada localidad, lo que puede a mediano plazo limitar el interés y una mayor participación de estos equipos.
- Con respecto a la estructura del SENEPA también se verificaron deficiencias de medios de transporte en los sectores visitados e insuficiencias de recursos humanos disponibles para actividades de campo (funcionarios de edad avanzada e incapacitados por enfermedad).
- El proyecto ayudó al programa a generar información de gran importancia que está siendo sistematizada. A nivel central hay una rutina de trabajo que incluye la recepción de material, clasificación taxonómica en el laboratorio de entomología del SENEPA, registro de los hallazgos en formatos, alimentación de base de datos, información a nivel de viviendas en mapas digitales y elaboración de informes para retroalimentar a los sectores del SENEPA y orientar intervenciones.
- Si bien existe una rutina de manejo de información instaurada a nivel central y se generan informes desagregados por viviendas para cada localidad, se registran deficiencias en el proceso y en la automatización de la información (algunos formatos impresos innecesarios, doble entrada de datos en dos archivos diferentes, ausencia de rutina de consolidación de información a nivel de localidad o distrito).
- La falta de consolidación automatizada a nivel de localidad o distrito está limitando el análisis de los hallazgos de la vigilancia y la estratificación de localidades para priorizar intervenciones.

En particular la definición de criterios de priorización de localidades para las futuras actividades de vigilancia activa.

- Finalmente, las visitas para otros componentes a otros departamentos permitieron confirmar que el esfuerzo realizado en los departamentos objeto del proyecto se deberán ampliar dentro o fuera del proyecto a más zonas geográficas.

#### Detección de transmisión congénita

- Se verifica el funcionamiento de un sistema de detección de casos de transmisión congénita de la infección por *T. cruzi*, basado en la realización de serología de rutina en el control prenatal. Para la realización de serología hay problemas para la captación de niños hijos de madres seropositivas después de tres meses del parto. En un centro de salud visitado se verificaron problemas para el envío oportuno de muestras al laboratorio.
- No se encuentra implementada una política de atención a la mujer seropositiva detectada durante el control prenatal.

#### Otros hallazgos

- Se registran importantes progresos en las actividades de control de la infestación de viviendas por triatóminos mediante acciones de rociado con insecticidas de acción residual.
- En las visitas realizadas, no se registra el reconocimiento de la cardiopatía chagásica o cardiopatía crónica en adultos jóvenes (muerte súbita) como un problema de morbilidad sentida.
- No se registró la existencia de una política de atención y referencia del paciente chagásico crónico.
- Se registra como fortaleza para la planificación de intervenciones la disponibilidad de cartografía digital de todo el país, el cual incluye mapas digitales con límites de localidad y así como todas las viviendas del censo de 2002 georeferenciadas.

#### Recomendaciones

La evaluación estableció un mecanismo para revisar con la participación de los distintos actores cuáles debían ser las prioridades para la segunda mitad del proyecto. Aquellas que se consideraron más importantes fueron las siguientes:

- Fortalecer la participación de los sectores del SENEPA en la estrategia de vigilancia.
- Fortalecer la vigilancia activa con un abordaje basado en la estratificación de riesgos.
- Evaluar la efectividad (sensibilidad) de la vigilancia comunitaria.
- Continuar apoyando la estrategia de la semana de Chagas en las escuelas.
- Proseguir con los talleres con líderes en áreas nuevas y áreas ya cubiertas.
- Articular las tres estrategias de vigilancia.

### Fortalecimiento del SENEPA a nivel local y articulación con la “vigilancia comunitaria”

- Fortalecimiento de capacidad de los sectores y las zonas del SENEPA en análisis de la información de vigilancia:
  - Incluir una ficha de la localidad para tener una visión longitudinal de la situación de la localidad a nivel local.
  - Incluir en la ficha de la localidad el mapa del área con la localización de las viviendas y viviendas de localidades vecinas.
  - Capacitación en rutina de análisis de información de vigilancia de Chagas.

### Estrategia de vigilancia y control

- Mantener un registro de la actividad del sistema de vigilancia comunitaria. Monitoreo sobre actividad de los líderes (mantener visitas de funcionarios del SENEPA a todos los líderes con una periodicidad por lo menos semestral).
- Evaluación de la “efectividad” (sensibilidad) de la vigilancia comunitaria. Actividades de “vigilancia activa” en localidades donde no ha habido notificación del sistema de vigilancia. Podrían seleccionarse localidades que fueron positivas para *T. infestans* en el control y que han sido negativas en la vigilancia comunitaria.
- Dar especial importancia a las futuras actividades de “vigilancia activa” por parte del SENEPA. Implementar un cronograma de actividades de vigilancia activa basado en una estratificación de riesgo de las localidades:
  - Definir criterios para dar prioridad a las localidades para actividades de búsqueda activa (por ejemplo: localidades positivas para *T. infestans* en dos años en los últimos tres años).
  - Estratificación de las localidades. Para esto es de gran utilidad un mejor manejo de la base de datos de vigilancia (cuya estructura es por denuncias-viviendas) para consolidar la información a nivel de localidades. Si el manejo de la información se continúa haciendo en Excel, esto se puede hacer mediante una tabla dinámica, como fue hecho durante la visita con la base de datos del departamento de Paraguari. Sin embargo se considera que una estructura en Access sería mejor.
- Con relación al componente de la “semana de Chagas” se debe hacer énfasis en la información a padres de familia sobre las actividades a realizar por los niños.
- Incluir en la base de datos en la variable sobre “tipo de denuncia” una opción que sea “VD” (verificación de denuncia) o “PC” (post-control). Esto para diferenciar en el sistema las viviendas que fueron positivas en la vigilancia comunitaria y que fueron verificadas como positivas por el SENEPA de aquellas donde no se pudo confirmar la infestación durante la visita del SENEPA (Programa Nacional).
- Corregir problemas de transporte en los sectores del SENEPA.

## Sistema de información

- Capacidad de análisis a nivel local (sectores y zonas del SENEPA) articulado con un fortalecimiento de la capacidad de análisis a nivel departamental.
- Modificaciones en estructura de base de datos a nivel central e implementación de rutina de análisis de información con GIS (información entomológica producto de la vigilancia).
- Mejoras en la base de datos para:
  - Generar automáticamente información consolidada a nivel de localidades y distritos. La información consolidada a nivel de localidades será de gran importancia para el seguimiento de indicadores del programa (índice de dispersión), la estratificación de localidades según riesgo para priorizar actividades de vigilancia activa o rociada, el análisis comparativo del fenómeno de reinfestación de acuerdo a la cobertura del rociado en la fase de control (focal o total).
  - Generar automáticamente los informes que son enviados periódicamente a las zonas del SENEPA con las viviendas positivas en la vigilancia y antecedentes.
  - Generar cualquier otro tipo de informe con consolidados a nivel de distrito o departamento. (por ejemplo evaluar la actividad de los líderes o las escuelas a nivel de distritos).
  - Generar base de datos para visualización y análisis espacial mediante software de GIS.
- Simplificación de instrumentos de registro y del proceso de sistematización de los datos.
- Capacitación a nivel central en manejo de información y uso de aplicaciones de GIS.

## Vigilancia de la transmisión congénita y tratamiento de chagas congénito

- Establecer equipo médico responsable por cada departamento para instaurar el tratamiento con directrices nacionales.
- Instaurar estrategias para disminuir la “pérdida” de mujeres seropositivas.
- Definir conductas para la atención a las mujeres seropositivas.

### 4.3 Componente de ITS

En el componente de ITS se evaluó la ejecución del proyecto en el departamento de Cordillera. Existe un interés notorio de las autoridades regionales y nacionales en el proyecto y la expectativa de que el mismo pueda ser expandido a corto plazo a otras regiones del país. Paraguay está en un proceso incipiente de descentralización y regionalización de los servicios de salud, que avanza en velocidad distinta en las diversas regiones del país y, sin duda la experiencia actual de Cordillera con el programa de ITS es una excelente oportunidad para ajustar las normas y procedimientos para su implementación o expansión a las regiones similares. Además, es necesario que se definan claramente los roles y competencias de los diferentes niveles de la estructura de prestación de servicios del Ministerio de Salud y Bienestar Social en la prevención y control de las ITS (y de otras enfermedades), asignándose

los recursos necesarios para la implementación y supervisión de las actividades incluyendo el área de vigilancia.

A medida en que se establezcan las responsabilidades y competencias entre los niveles y se asignen los recursos necesarios correspondientes a cada uno de ellos para el cumplimiento de sus funciones se podrá esperar un avance más acelerado en las soluciones de los problemas locales, en este caso de las ITS.

Los resultados esperados del componente de ITS son los siguientes:

Resultado Esperado 1:

*Se ha fortalecido la gerencia y el desarrollo del programa de Infecciones de Transmisión Sexual para ampliar el enfoque y controlar las ITS, con énfasis en sífilis congénita y en temas de género.*

Se pudo apreciar que el componente de sífilis congénita en Cordillera se desempeña conforme a lo esperado. Las personas responsables en la región y en los puestos de salud están bien informadas sobre el problema, extremadamente interesadas y motivadas aunque pobremente equipadas principalmente en lo que a equipos informáticos y de comunicación se refiere. Se han identificado algunos problemas a nivel operativo para el seguimiento de mujeres y niños positivos. Hay limitaciones para la supervisión regular y sistemática desde el nivel regional a los puestos de atención a los pacientes. El apoyo técnico del Programa Nacional a las actividades regionales parece adecuado.

El mantenimiento y fortalecimiento de las actividades actuales financiadas por el proyecto en la región de Cordillera ofrecen al país la oportunidad para el establecimiento de las bases fundamentales, normas gerenciales, técnicas y operacionales para ampliar las acciones de prevención y control de sífilis y sífilis congénita a otras regiones del país.

La falta total de medicamentos para aplicar el manejo sindrómico afecta la eficacia de la ejecución de actividades y representa una limitación para el logro de este resultado.

Resultado Esperado 2:

*Se ha ampliado la cobertura del diagnóstico y el tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y recién nacidos (RN).*

Este resultado esperado está relacionado con el anterior. Además de la búsqueda y control de sífilis en embarazadas para la prevención de casos de sífilis congénita, se propone ampliar el control de las ITS a través del abordaje sindrómico, es decir, la detección basada en signos y síntomas y prescindiendo de pruebas de laboratorio para la confirmación de los casos.

Se constató que la capacitación del personal de salud se realizó en forma amplia en la región de Cordillera y que el personal prestador de servicio estaba bien informado sobre el tema. Se constató, además, la existencia de paneles gráficos con los algoritmos diagnósticos en todos los locales visitados. Un área crítica identificada desde el primer momento de la misión fue la relacionada con la provisión de gratuita de los medicamentos. Esta es una preocupación mayor de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y es necesaria una solución en la brevedad posible.



Resultado Esperado 3:

*Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporarán actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores de comportamiento, género y sociodemográficos.*

Los esfuerzos para alcanzar este resultado esperado fueron los que menor avance han logrado. El objetivo de la vigilancia es proveer la mejor información posible para apoyar la implementación y expansión del programa (los resultados esperados uno (RE1) y dos (RE2)), monitorear la tendencia de la morbilidad por las ITS y ofrecer alternativas y opciones de intervención. Para esto se deben combinar técnicas y estudios especiales para la detección de los casos y para la identificación de los factores de riesgo asociados en grupos específicos.

Para que el objetivo de la vigilancia sea alcanzado es necesario vincular las actividades bajo este resultado con los procesos gerenciales de manejo del programa y con los de planificación a mediano plazo. Sin esto existe un gran riesgo de que las actividades de vigilancia se queden limitadas a la notificación de casos y que las mismas estén totalmente desconectadas de las intervenciones, situación frecuentemente encontrada en varios otros países.

En Cordillera se observó que existe una buena información sobre cada embarazada de forma individual en la que se consigna los datos de sus visitas al consultorio prenatal y los tratamientos realizados. Sin embargo llamó la atención el gran número de distintos formularios que el personal de salud de los puestos de salud debe completar para enviar información, que la más de las veces es de interés exclusivo del nivel central y/o regional. Este hecho sumado a la limitación tecnológica existente implica un tremendo gasto de tiempo del personal local para la consolidación y el envío de la información.

Será necesario intensificar el apoyo técnico por parte de la OPS a las autoridades nacionales y regionales (Cordillera) en vigilancia epidemiológica para la implementación de las actividades programadas en el próximo plan de acción, para que se pueda alcanzar el resultado dentro del plazo de ejecución del proyecto.

**Recomendaciones**

- Seguir apoyando técnica y financieramente a la región de Cordillera para que dentro del próximo plan de trabajo se pueda perfeccionar o definir, cuando fuera el caso, los lineamientos administrativos y técnicos que permitan hacer de la región un modelo para la expansión de las actividades del proyecto a otras regiones similares en el país.
- Las acciones para control y eliminación de la sífilis congénita deben estar integradas a las otras iniciativas y acciones realizadas en la atención de la madre y del niño.
- Es fundamental la provisión, por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de los medicamentos indicados en la guía de tratamiento sindrómico de las ITS. Como se mencionó anteriormente, la falta de estos medicamentos puede comprometer seriamente el éxito de esta estrategia.

- Con relación a la vigilancia (RE 3) es indispensable revisar las necesidades de información necesaria para las ITS en general y para sífilis en particular, tanto para el monitoreo de tendencias como para la gerencia de los programas nacionales. De igual manera, es necesario determinar los mecanismos y técnicas a ser utilizados para la recolección, análisis y uso de la información; y definir las responsabilidades del Programa Nacional, Dirección de Epidemiología y región sanitaria en este proceso.
- Sistematizar las actividades de supervisión tanto las del nivel central al regional como las del nivel regional al local (prestadores de servicio).
- Coordinar, en lo posible, las diversas actividades de capacitación programadas en los diversos componentes del proyecto para lograr mayor eficiencia y así ofrecer mejor información y conocimientos a los participantes de los cursos.
- Ampliar la abogacía con profesionales médicos de todos los niveles a fin de que los mismos tengan conocimiento de las acciones y actividades realizadas y que se adhieren a la utilización de la atención sindrómica tal como lo recomiendan las normativas enmanadas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- La OPS debe fortalecer su función (a nivel regional y de país) para el control y eliminación de sífilis congénita en el país.
- La OPS debe fortalecer su función de abogacía (a nivel regional y de país) para garantizar que los medicamentos esenciales para la prevención y control de las ITS estén disponibles y accesibles no solamente por ser una contrapartida del PCPCD, sino que fundamentalmente para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

#### **4.4 Componente de programa integrado de atención a la salud**

El programa integrado de atención a la salud del departamento de Boquerón se inició en el tercer año del PCPCD como un proyecto piloto que apuntaba a la integración de los diferentes componentes del proyecto a nivel regional y local. El programa tiene como propósito desarrollar las capacidades de recursos humanos locales para responder a la realidad sanitaria de las poblaciones indígenas y criollas del Chaco Paraguayo. El recurso humano objeto del proyecto piloto eran las auxiliares de enfermería de tres distritos del departamento de Boquerón encargadas de la prevención y atención de los problemas prioritarios de salud y del entrenamiento de los promotores de salud. En el marco de este proyecto piloto se desarrollaron actividades en treinta comunidades indígenas.

Durante los dos años de implementación del programa se inició la aplicación de estrategias de salud culturalmente apropiadas en once servicios de salud, las cuales tienen bajo su área de cobertura, más de cuarenta comunidades y aldeas.

El equipo evaluador detectó una gran responsabilidad compartida en el diseño de un plan de atención de salud integrada para el departamento de Boquerón, donde tanto el nivel central del Ministerio de Salud y Bienestar Social así como el nivel Departamental y las autoridades propias del departamento

colaboraron para elaborar el plan basado en los resultados ya logrados del proyecto piloto con enfoque en la formación de recursos humanos, desarrollo de servicios y la comunidad.

Para la implementación del plan, una carta de entendimiento fue firmada entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la región sanitaria de Boquerón y la Gobernación del departamento de Boquerón lo cual refleja el alto nivel de compromiso que existe para este proyecto.

Se recomienda extender el ámbito del proyecto involucrar un nuevo componente dentro del PCPCD vista la madurez del proyecto presentado, la relevancia de las actividades y resultados esperados sugeridos y la implicación y participación de todos los efectores. La madurez se puede objetivarse por:

- La voluntad y el acuerdo político para la implementación del proyecto.
- La evidencia de la buena gobernabilidad de los servicios de salud.
- La experiencia real y duradera del trabajo con las comunidades indígenas que son grupos con alto riesgo de exclusión.
- La necesidad de fortalecer los recursos humanos locales en un contexto de interculturalidad.

#### 4.5 Igualdad de género

En Paraguay, las acciones encaminadas a la incorporación de la perspectiva de género en los programas de enfermedades transmisibles y aquellas orientadas al logro de los objetivos de la estrategia de igualdad de género del PCPCD, se planificaron y ejecutaron en forma conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República del Paraguay y el Departamento de Ciencias Sociales del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud IICS/UNA. Dentro del alcance del proyecto, el mismo se encuentra apoyando la implementación de la línea de acción número cinco (“Una Salud Integral”) del II Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003/2007) aprobado por Decreto N° 1958/2004.

A partir del tercer año se realizaron talleres de capacitación sobre la incorporación del enfoque de género en la planificación y programación en salud. De los mismos participaron representantes de cada componente del proyecto y el resultado esperado de los talleres fue: *“Participantes tienen mayor comprensión de la relevancia del enfoque de género como elemento esencial de la planificación en salud para alcanzar un desarrollo humano sostenible”*.

Algunos temas claves incorporados en los talleres fueron los siguientes:

- Revisión de los compromisos internacionales asumidos por Paraguay en materia de género y salud así como leyes y documentos nacionales concordantes.
- Análisis del II Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2007 y líneas de acción asumidas por los respectivos programas.
- Fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Secretaría de la Mujer, además del posicionamiento en programas no tradicionalmente femeninos como TB o Chagas.

- Capacitación en los conceptos de género: sexo y género; roles de género; acceso y control sobre los recursos; estereotipos de planificación; influencia de sexo y género en los perfiles de salud de hombres y mujeres, abordajes prácticos y estratégicos de género, proceso de empoderamiento.
- Análisis y propuestas de cómo incorporar la perspectiva de género en las estrategias y programas del PCPCD.
- Un valor agregado de los ejercicios realizados en el marco de las capacitaciones, fue por ejemplo, lograr la desagregación por sexo de los casos de infecciones de transmisión sexual; comprendiendo de esa manera las dificultades de género para lograr el tratamiento correspondiente.

Como resultado de los talleres, en el marco del PCPCD, se han revisado los documentos técnicos de AIEPI para incluir hombres (padres) y no solo mujeres (madres) como parte de la estrategia, se ha mejorado el conocimiento de género con respecto a los promotores de salud y se ha rescatado el impacto del trabajo de la mujer tanto a nivel de las comunidades como en la vigilancia de *Triatoma infestans* (componente de Chagas). Se ha demostrado que el conocimiento y manejo de datos desagregados por sexo pueden ser utilizados para apoyar la programación y la planificación de actividades (todos los componentes del proyecto).

En el año 2005 se incorporaron las mesas temáticas de “Género y Salud” con el objetivo de reunir a las autoridades de alto nivel para trabajar en un espacio en el cual puedan presentarse los principales obstáculos y lograr el compromiso para desarrollar acciones conforme al sector al cual corresponda.

Durante el cuarto año del proyecto se realizaron dos mesas temáticas. La primera sobre la sífilis y su efecto en las mujeres Paraguayas y la segunda para dar seguimiento a los compromisos asumidos en el Encuentro “Mujeres y Niñas Venciendo al VIH/sida” realizado el 1 de diciembre de 2004 en Paraguay.

Los resultados principales de las mesas fueron los siguientes:

- Elaboración y firma de dos cartas de compromiso entre la Corte Suprema de Justicia, Ministerio de Salud y Bienestar Social, Ministerio de Educación, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Turismo, las representantes de UNICEF, ONUSIDA, Naciones Unidas, y la Universidad Nacional de Asunción.
- Gratuidad del diagnóstico y tratamiento de la sífilis y el VIH/sida en mujeres embarazadas.
- Difusión de la temática a través de los medios de comunicación para prevención de ambas infecciones.
- Especial atención a mujeres privadas de libertad.

Una de las prioridades del proyecto para los años siguientes es incorporar a la sociedad civil en las mesas temáticas para fortalecer el abordaje multisectorial.

#### 4.6 Otros componentes

Se escucharon las presentaciones con los logros alcanzados en el componente de tuberculosis y en las actividades de dengue implementadas a nivel país. En el caso de la tuberculosis se discutió la situación de la enfermedad en el país y la transición del proyecto ACIDI-CIDA al proyecto de Fondo Mundial.

Las lecciones aprendidas del proyecto fueron las siguientes:

- La participación de diversos sectores y el empoderamiento de la comunidad son imprescindibles para el éxito de las medidas de control de la TB ya que ésta es una enfermedad relacionada en gran medida con la pobreza en Paraguay.
- Experiencia del ACIDI-CIDA aplicable a mayor escala favoreció la ejecución del proyecto Fondo Mundial – TB.

Con respecto al componente de dengue, el proyecto ha apoyado el desarrollo del plan nacional de la estrategia de gestión integrada para la prevención y control de dengue. La metodología de trabajo fue la siguiente:

- Presentación, revisión de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) Regional y el Plan Mercado Común del Sur (MERCOSUR).
- Presentación de la situación de dengue en el país.
- Análisis fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) y elaboración de matriz de actividades por componentes.
- Revisión y enriquecimiento de cada componente por parte de especialistas.
- Elaboración de la EGI Nacional por grupos multidisciplinarios.
- Presentación de la EGI Nacional a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y especialistas de los diferentes componentes.

La estrategia integrada tiene seis componentes: promoción de la salud y comunicación social, salud ambiental, vigilancia epidemiológica, entomología, laboratorio y atención al paciente.

El componente de comunicación social involucra la estrategia COMBI y el taller del mismo se realizó en octubre de 2005 y dio como resultado los siguientes objetivos conductuales:

Que en término de un año a partir del inicio del proyecto, al menos el 70% de las amas de casa de los barrios San Pablo, Terminal, Villa Aurelia y Barrio Obrero de Asunción coloquen boca abajo los recipientes plásticos o metálicos pequeños como baldes de pintura u otros; mientras no los utilicen.

Que el 60% del personal de vigilancia (epidemiólogos, bioquímicos, control de vectores) y el de atención directa al paciente (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y educadores) de los servicios de salud (centros de salud, hospitales distritales y regionales) de las regiones declaradas prioritarias en la EGI Nacional, sean capaces de identificar, notificar y hacer el seguimiento en forma oportuna de los casos sospechosos de dengue.

## **Informe de Perú**

**Arequipa, Cusco y Lima  
23-28 febrero 2006**

# Contenido

<b>1.0</b>	<b>Introducción</b>	<b>51</b>
1.1	Relaciones con el PCPCD y las prioridades de ACDI-CIDA y OPS	51
1.2	Ámbitos del proyecto	52
<b>2.0</b>	<b>Perfil del la evaluación</b>	<b>52</b>
2.1	Justificación	52
2.2	Objetivos	53
2.3	Metodología	53
<b>3.0</b>	<b>Observaciones y recomendaciones</b>	<b>54</b>
3.1	Observaciones administrativas	54
3.2	Recomendaciones administrativas	55
<b>4.0</b>	<b>Observaciones y recomendaciones por resultado esperado</b>	<b>55</b>
4.1	Componente de AIEPI	55
4.2	Componente de Chagas	57
4.3	Resultados no anticipados	61

## 1.0 Introducción

El proyecto *Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD) en América de Sur* se inició en septiembre de 2002 con la meta de contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad e incapacidad causada por las infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis, enfermedad de Chagas, dengue y enfermedades prevalentes de la infancia en las áreas del proyecto de los países que participan: Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela.

El proyecto es financiado exclusivamente por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la agencia ejecutora. El acuerdo es por un monto de CAN \$10.000.000 para un periodo de seis años y se inició en septiembre de 2002 con una fecha de conclusión en diciembre de 2008.

El PCPCD se elaboró con el fin de complementar la programación de prevención y control de las enfermedades transmisibles existentes en los países y abordar las brechas de los programas nacionales con énfasis en las poblaciones más vulnerables y marginales como las indígenas y las encarceladas. El proyecto prevé resultados esperados que fueron elaborados durante la misión del inicio del proyecto (julio y agosto de 2002) con la participación de autoridades nacionales de los países y representantes de la OPS y ACDI-CIDA. En los primeros años del proyecto las actividades se han enfocado en el desarrollo de recursos humanos y se han dirigido a la población indígena en Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú (AIEPI).

La meta principal de PCPCD es contribuir a la prevención y control de las enfermedades transmisibles que producen la mayor carga de morbilidad y mortalidad entre los niños, jóvenes y adultos en Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. El PCPCD tiene como propósito fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales de los países del proyecto encargadas de planificar, administrar y proporcionar programas sostenibles, integrales y con un enfoque de género para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles más prevalentes que causan el mayor número de defunciones e incapacidad.

### 1.1 Relaciones con el PCPCD y las prioridades de ACDI-CIDA y OPS

El PCPCD se ajusta a las prioridades y objetivos sanitarios de ACDI-CIDA Canadá con respecto al desarrollo humano sostenible e la igualdad de género, por centrarse en la reducción de la morbilidad y mortalidad de grupos vulnerables y sectores de alto riesgo de la población, como son las mujeres, los niños, la población indígena y los pobres. El proyecto se corresponde a la programación de ACDI-CIDA, que se guía por las prioridades de desarrollo social de la agencia, según se detalla en los planes de acción para la salud y nutrición y VIH/sida. También está en línea con el marco lógico del desarrollo de programación de ACDI-CIDA en los países objeto y la estrategia para ACDI-CIDA en las Américas, es decir el “cierre de brechas”, fortaleciendo recursos humanos e institucionales, particularmente dentro los servicios de salud.

El PCPCD es parte integral de la programación de la OPS. Incluye, la Iniciativa de la Salud del Cono Sur (INCOSUR) con respecto a la enfermedad de Chagas; la estrategia de AIEPI para las enfermedades prevalentes de la infancia; la estrategia DOTS/TAES para tuberculosis, la estrategia de



Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (Resolución 44.R9 de la OPS), y el manejo sindrómico de las ITS.

El proyecto también contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que forman la base para las líneas estratégicas de ACIDI-CIDA y OPS. Específicamente se incluye los siguientes objetivos:

- ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
- ODM 5: Reducir la mortalidad materna
- ODM 6: Combatir el VIH/sida, malaria y otras enfermedades

## 1.2 Ámbitos del proyecto

En el Perú, el proyecto financia la ejecución de actividades en AIEPI y la enfermedad de Chagas. El proyecto de AIEPI está enfocado específicamente en tres departamentos (Apurímac, Cusco y Huancavelica) e incluye actividades a nivel de los servicios de salud y la incorporación de la estrategia en el currículo de las escuelas de ciencias de salud que operan en los ámbitos del proyecto, particularmente en las áreas de medicina y enfermería.

El proyecto de la enfermedad de Chagas está enfocado en el departamento de Arequipa y fue ampliado en julio de 2005 para involucrar al departamento de Moquegua. Las actividades corresponden a las siguientes líneas de acción del plan Macrorregional de Eliminación del Vector, *Triatoma infestans*, e Interrupción de la Transmisión Transfusional del *Trypanosoma cruzi*:

- Promoción de la salud
- Vigilancia y control vectorial
- Comunicación social
- Gestión institucional

## 2.0 Perfil de la evaluación

### 2.1 Justificación

El PCPCD se halla en la fase media de su ejecución. Esta fue una de las razones principales por las cuales ACIDI-CIDA y OPS lo seleccionaron para su evaluación. Se espera que el análisis realizado durante la misma asegure que las actividades del proyecto avancen hacia la obtención de los resultados esperados y permita, dependiendo del caso, tomar las medidas de ajuste adecuadas. Otro factor importante que justificó la decisión de realizar la evaluación fue el reciente cambio en el estatus jurídico y administrativo del proyecto y en la relación entre ACIDI-CIDA y OPS en referencia a esta actividad. El cambio en el acuerdo también presentó una oportunidad para que se observara cual había sido el impacto de los retrasos en el financiamiento a los países bajo la Contribución. Como se mencionó anteriormente, en octubre de 2005 el acuerdo del proyecto fue modificado de ser un “contribution arrangement” a un subsidio o “grant” en el objeto de mejorar la flexibilidad y solicitar recibir los fondos para facilitar la ejecución de las actividades del proyecto a nivel de los países.

Perú fue seleccionado para la evaluación porque es uno de los países beneficiarios más importantes del proyecto, tanto por el número de componentes como por el financiamiento recibido a la fecha, y también porque han expresado interés en ampliar las actividades y cobertura del proyecto.

En el periodo de septiembre de 2002 a octubre de 2005, Perú ha desembolsado US\$ 398.966 que corresponde a 23% de los fondos totales recibidos de la Contribución.

## 2.2 Objetivos

Determinar el progreso logrado con respecto a cada objetivo y resultado esperado en las áreas del proyecto seleccionadas y, si fuese necesario, formular recomendaciones para mejorar la ejecución del mismo en colaboración con las contrapartes nacionales.

Los objetivos específicos fueron:

- Examinar los resultados esperados e indicadores según han sido enumerados en el marco lógico del proyecto para determinar si requieren reorientación u otros cambios con base en el estado actual de la implementación y las necesidades del país.
- Identificar las dificultades que afectan la ejecución así como las lecciones aprendidas y los resultados positivos no intencionales obtenidos.
- Determinar las prioridades relacionadas con cada componente del proyecto para, dentro de lo posible, incluirlas en los próximos planes de trabajo.

Además, la evaluación tuvo el propósito de hacer frente a estas tareas considerando los siguientes parámetros:

- *Relevancia:* ¿Es el PCPCD compatible con las necesidades y las prioridades de los beneficiarios objeto en los países?
- *Eficiencia y eficacia:* ¿Es la gerencia de PCPCD eficaz y eficiente a nivel regional y de país?
- *Socios:* ¿Hay participación activa de los socios de los países en el diseño, implementación y monitoreo del PCPCD?
- *Igualdad de género:* ¿En qué medida ha contribuido el PCPCD al avance de la igualdad de género?
- *Sostenibilidad:* ¿Hay alguna indicación de que los resultados logrados se mantendrán después del final del PCPCD?

## 2.3 Metodología

Debido a las características del proyecto, atención complementaria a enfermedades prioritarias en áreas y poblaciones marginales, se ha dado prioridad a observar las actividades y el funcionamiento a nivel operacional y a los resultados obtenidos en los diversos componentes que constituyen el proyecto. Como parte de esta tarea se revisaron las relaciones del proyecto con los programas (de

control de enfermedades específicas) y con los servicios descentralizados de salud y la relación del proyecto con otros proyectos de cooperación.

La evaluación fue diseñada también como un trabajo de aprendizaje para todos aquellos que participaban en ella, incluido el equipo de evaluación. En relación al aprendizaje, la evaluación es considerada una parte integrante del proyecto; una actividad y una experiencia más, que confluye con todas las otras actividades en su avance.

Las participantes de la evaluación en las regiones de Arequipa y Cusco y las agendas de trabajo están detalladas en el anexo 12.

La evaluación constó de las siguientes actividades:

- (1) Revisión de los documentos del PCPCD e informes pertinentes como los informes de monitoreo y supervisión del proyecto.
- (2) Entrevistas y reuniones con los miembros del equipo del proyecto, incluidas las autoridades nacionales y los beneficiarios del proyecto.
- (3) Visitas a las zonas seleccionadas del proyecto:
  - Componente de AIEPI en Cusco
  - Componente de Chagas en Arequipa
- 4) Hubo una sesión de presentación de resultados para cada uno de los componentes a cargo de las contrapartes nacionales donde se presentó el estado de consecución de los resultados esperados y se discutieron algunas sugerencias en referencia a modificaciones en los indicadores del proyecto (véase anexos 13 y 14). También se realizó una reunión final de presentación de los resultados preliminares de la evaluación con el Vice Ministro de la Salud y sus principales Directores Ejecutivos y jefes de programas involucrados.

### **3.0 Observaciones y recomendaciones**

#### **3.1 Observaciones administrativas**

En general el proyecto marcha bien en todos sus componentes, tanto a nivel nacional, como local, aunque existen algunas circunstancias donde ha habido retrasos en la asignación y distribución de los fondos para ejecutar las actividades del proyecto.

A través del tiempo, los fondos han sido manejados en forma centralizada (AIEPI), siendo algunos componentes manejados en forma descentralizada (Chagas). La experiencia positiva resultante del manejo descentralizado está siendo transferida a los demás componentes.

En el caso del componente de AIEPI, dada la multiplicidad de organizaciones trabajando a nivel local, en algunos casos se observó un desconocimiento de la cooperación Canadiense.

Aunque la tramitación de las solicitudes de cooperación técnica (entrega de fondos) en la OPS es ágil, en caso de ausencia temporal de los coordinadores de los componentes del proyecto han habido problemas en la codificación de las obligaciones.

### **3.2 Recomendaciones administrativas**

- Continuar con la descentralización de fondos en todos los componentes del proyecto a fin de agilizar su disponibilidad a nivel local.
- Fortalecer la coordinación entre los diversos actores a nivel local.
- Utilizar los códigos de subsidio que ya están indicados para las actividades en los planes de trabajo.

## **4.0 Observaciones y recomendaciones por resultado esperado**

### **4.1 Componente de AIEPI**

El componente de AIEPI tiene cuatro resultados esperados. Durante la evaluación se observaron directamente los avances de los resultados uno y dos.

#### Resultado esperado 1:

*Se han creado condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias del proyecto (Cusco, Huancavelica, Apurímac).*

#### Resultado esperado 2:

*Los servicios de salud del área objetivo (Cusco, Huancavelica y Apurímac) que atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI.*

#### Resultado esperado 3:

*AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencias de salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.*

#### Resultado esperado 4:

*Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.*

### **Observaciones generales**

- El componente de AIEPI ha tenido dificultades administrativas para la ejecución financiera y, por tanto, existe la necesidad de reforzar el seguimiento de la ejecución tanto desde el Ministerio de Salud (MINSA), como desde la oficina de país de la OPS.

- Existe una alta rotación del personal de salud en los establecimientos. Aunque es cierto que la capacitación de personal que se mueve rápidamente a otros centros no puede considerarse un malgasto, ya que el personal se establece prácticamente siempre en otros centros, ello conlleva una dificultad importante para avanzar hacia los logros definidos en los resultados esperados en el ámbito del proyecto. La alta rotación debe considerarse un síntoma de mala “salud” de la organización de los servicios de salud (que no por presentarse en la mayoría de países deja de ser preocupante) y merece una reflexión aparte. En el caso de Cusco, la Dirección Regional fue variando las prioridades en el personal objeto de capacitación intentando, dentro de esta limitación, maximizar el impacto. Es recomendable priorizar al personal más estable para que se convierta en puntos de referencia para AIEPI.
- El personal capacitado intenta socializar su capacitación mediante las “réplicas”. Evidentemente la “réplica” no puede sustituir la capacitación pero favorece la sensibilización del resto del personal. No obstante, debemos investigar la efectividad de estas “réplicas” para poder elaborar recomendaciones sobre cómo mejorar la influencia del “capacitado” sobre la conducta en atención al niño del resto del equipo.
- Debe recordarse que, dentro del marco del PCPCD, el compromiso del Ministerio de Salud es mantener los insumos necesarios para la estrategia que se está cumpliendo a través del Seguro Integral de Salud (véase anexo 15, compromisos nacionales del proyecto). Un problema subsanable es la insuficiencia de balanzas y tallímetros operativos que se podría solucionar fácilmente con el presupuesto de los servicios o coordinando las ayudas recibidas de ONGs.
- La debilidad en la supervisión post-capacitación y la supervisión general de la estrategia de AIEPI es un problema frecuente en los servicios de salud en varios países. Aunque sea un problema global debe avanzarse en la aplicación de estrategias de supervisión y en el análisis de su efectividad.
- Hay que promover más el intercambio de experiencias o pasantías entre distintos establecimientos para aprender de las buenas prácticas existentes y socializar experiencias satisfactorias tanto en AIEPI clínico como comunitario.
- Se observó durante la visita a Cusco que distintas organizaciones no-gubernamentales (ONG) quieren trabajar en las mismas comunidades y los mismos profesionales en AIEPI lo que puede contribuir a la duplicación de esfuerzos si no hay una coordinación adecuada. Por otro lado, el tipo de interiorización del AIEPI comunitario en estas organizaciones que a veces gira en torno a los promotores no aprovecha alianzas con otros actores.
- En la visita de monitoreo realizada por la OPS en octubre de 2005, se recomendó que el proyecto ampliara su actividad para dar apoyo al AIEPI comunitario en el ámbito del proyecto con la consideración de trabajar en las áreas donde no hay otros actores y/o fuentes de financiamiento para evitar la duplicación de esfuerzos. Esto continúa siendo válido pero precisa de un análisis previo de la situación en el ámbito del proyecto, una solicitud explícita del Ministerio de Salud y la elaboración de un/os indicador/es para monitorear su impacto.

## Recomendaciones

- Reforzar el seguimiento de la ejecución del proyecto tanto desde el Ministerio de Salud, como desde la oficina de país de la OPS.
- Para contribuir a la sostenibilidad de las acciones del PCPCD, se recomienda articular las actividades programadas del proyecto a los niveles regionales y locales e involucrar estrechamente a las regiones sanitarias en la planificación, implementación y seguimiento de las actividades.
- Expandir la capacitación para generar una masa crítica de recursos humanos, que incluye médicos, enfermeras, auxiliares y promotores y fortalecer el seguimiento de actividades.
- Priorizar al personal más estable para que se conviertan en puntos de referencia para la estrategia AIEPI.
- Promover más el intercambio de experiencias o pasantías entre distintos establecimientos para aprender de las buenas prácticas existentes.
- Analizar y decidir sobre la incorporación en el proyecto de actividades específicas de AIEPI comunitario previo un análisis de la situación.
- Ajustar los indicadores de los resultados esperados uno (RE1) y dos (RE2) del proyecto para que permitan medir mejor el impacto de las actividades del proyecto, dentro del marco lógico y sanitario existente.
- Avanzar en la aplicación de estrategias de supervisión y en el análisis de su efectividad.

## 4.2 Componente de Chagas

### Observaciones generales

Las actividades apoyadas por la cooperación Canadiense han impactado positivamente en la ejecución del Plan Regional de Control de enfermedad de Chagas en cinco aspectos relevantes:

- Creación de sistemas de gestión local.
- Ampliando las actividades y áreas geográficas.
- Regularidad y sistematización de las acciones.
- Sensibilización de la comunidad a través de la identificación de necesidades y demandas específicas de acciones.
- Logrando la disminución de la infestación domiciliaria.

Es evidente el compromiso financiero y político del Ministerio de Salud (MINSA) para asegurar las operaciones del proyecto a través de la adquisición y aseguramiento de insumos estratégicos (insecticida, medicamentos, material de laboratorio) y su participación en el seguimiento de las actividades del proyecto y del programa regional de Chagas en Arequipa. Además la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y las Alcaldías están asignando recursos para la implementación de acciones en Arequipa complementando los recursos de la cooperación técnica de ACIDI-CIDA.

El proyecto está en la agenda política regional de Arequipa lo que se manifestó en la elaboración de actas acuerdo, convenios y ordenanzas municipales que apoyan las acciones de control de la enfermedad de Chagas en el terreno.

La implementación de actividades tiene participación coordinada del MINSA, de la Región (DIRESA), de los gobiernos locales, de las universidades, de las escuelas, del Ejército y otros socios. Se destaca la cooperación de la Universidad Nacional San Agustín con evaluaciones entomológicas y la Universidad Católica Santa María en los estudios serológicos.

Luego de las recomendaciones de la visita de monitoreo de la OPS en julio de 2005, las acciones de vigilancia se ven fortalecidas y ampliadas, estableciendo una red efectiva de vigilancia con participación comunitaria.

El personal en todos los niveles del programa regional de Chagas está sensibilizado y motivado para ejecutar las actividades de control de la enfermedad de Chagas en su departamento y mejorar la calidad de vida de su población.

Hay evidencia sólida sobre la ejecución de las actividades de comunicación social y educación para mejorar el conocimiento de la población en riesgo sobre la enfermedad de Chagas e involucrar activamente a la comunidad en las actividades de control y vigilancia, las cuales han sido realizadas eficaces en las áreas del proyecto. Durante la visita se constató el interés de la prensa local en conocer el impacto de las actividades apoyadas por el proyecto.

Las actividades de movilización social incorporan todos los niveles de atención y son multi-institucionales en su ejecución y existe una demanda de las comunidades – población para rociar sus viviendas.

Se destaca el nivel de participación social por parte de la comunidad, lo cual demuestra la factibilidad de una estrategia de vigilancia sostenible, siempre que el marco normativo, capacitación y disponibilidad de recursos humanos e insumos estén garantizados, preocupación sentida en todos los niveles para asegurar la sostenibilidad de las actividades y logros alcanzados del programa al término del proyecto en el año 2008.

Durante la evaluación, el programa regional de Chagas expresó su interés de ampliar el proyecto incorporando tres nuevos distritos infestados en la planificación de actividades para el próximo año.

El equipo está de acuerdo que el factor crítico para el mantenimiento de las actividades en las áreas del proyecto y la ampliación de las acciones en los próximos años es la disponibilidad de recursos humanos (RRHH). Hasta la fecha, el proyecto de ACIDI-CIDA está contratando el 33% de los RRHH dedicados exclusivamente a las actividades de prevención y control de Chagas (15/46) y el MINSA el 67%. Se considera fundamental mantener el logro alcanzado, consolidar las acciones y mejorar los aspectos técnicos y operacionales como se indica en las recomendaciones específicas.

### **Observaciones por resultado esperado**

El desarrollo de actividades del proyecto prevé la integración y mantenimiento de los logros en base a estrategias de intersectorialidad, compromisos nacionales, regionales y locales e interacción entre los sectores académicos y los servicios de salud. El componente de la enfermedad de Chagas tiene el siguiente resultado esperado:

Resultado Esperado 1:

*El vector habrá sido eliminado en las viviendas y peridomicilio mediante desinsectación y se habrá instalado un sistema de vigilancia entomológica post-rociado con la participación de hombres y mujeres de los departamentos de Arequipa y Moquegua.*

La meta propuesta para la desinsectación de las viviendas es 18.000 para Arequipa y 3.000 para Moquegua. El proyecto trabaja en cinco distritos de Arequipa que representan 20% de los distritos infestados por *Triatoma infestans* (25 distritos en total).

De septiembre de 2002 a febrero de 2006, 13.907 viviendas han sido tratadas con dos ciclos de rociado con insecticida, alcanzando una cobertura de 77.3% de la meta global del proyecto (resultado esperado de 18.000 viviendas protegidas). Los siguientes distritos han recibido dos ciclos de rociado:

- 7.585 viviendas en el distrito de Hunter
- 2.473 viviendas en el distrito de Sachaca
- 2.588 viviendas en el distrito de Tiabaya
- 1.261 viviendas en el distrito de Uchumayo

También en el distrito de Socabaya, 2.400 viviendas han sido trabajadas con un ciclo de rociado.

Con base en esta información el equipo de evaluadores estima que la meta será lograda antes del fin del proyecto en el año 2008.

Las recomendaciones hechas en la evaluación de julio de 2005 se llevaron a cabo en su mayoría, aunque algunas de ellas, en forma parcial, pero éstas serán reiteradas en este informe.

Los indicadores, analizados durante la misma visita, muestran que las actividades programadas para los cinco distritos (Hunter, Sachaca, Socabaya, Tiabaya y Uchmayo) tienen un alto grado de cumplimiento:

- La coordinación y gestión local alcanzó un alto grado con participación multisectorial.
- La evaluación entomológica de base alcanzó la cobertura de 100% entre 142 localidades de los 5 distritos.
- El estudio serológico para el diagnóstico de base se cumplió según lo programado.
- La vigilancia basada en la participación comunitaria está implementada en alto grado en Hunter, Sachaca y Tiabaya con 211 unidades de vigilancia comunal instaladas y en funcionamiento, y en proceso de implementación en los distritos restantes.
- Se cumplieron las evaluaciones post-rociado.
- Se cumplieron los rociados en las viviendas detectadas con infestación luego del rociado del primer ciclo y segundo ciclo.
- Se cumplieron las actividades de capacitación programadas.
- Se realizaron supervisiones aunque sin herramientas sistematizadas. No existen evaluaciones periódicas con los diferentes actores.



Los resultados muestran una amplia dispersión de la infestación en los distritos con 85% de las localidades infestadas. Las situaciones de los índices de infestación domiciliar (IID) e índice de infección triatomínica (IIT) se pueden agrupar en distritos con:

- Alto IID y baja IIT en Hunter
- Alto IID con intermedio IIT en Sachaca
- Alto IID con alto IIT en Tiabaya
- Intermedio IID y escaso IIT en Socabaya

La tasa de infección demostrada a través de la serología en niños menores de 15 años muestra consistencia con los indicadores de IID e IIT.

Las observaciones y recomendaciones técnicas están incluidas en el anexo 16.

## **Recomendaciones**

### *Recomendaciones generales*

- Para contribuir a la sostenibilidad de acciones, se considera que el plan regional de prevención y control de Chagas de Arequipa debe ser formulado bajo el marco lógico y lineamientos nacionales.
- Recomendar que el Ministerio de Salud de Perú, como fue identificado en la visita de monitoreo del proyecto en julio de 2005, fomente la integración del tema de Chagas en los acuerdos de gestión para todas las regiones endémicas del país, y que el gobierno nacional y local asuman el compromiso con respecto a la disponibilidad del recursos humanos estables y de los insumos estratégicos necesarios.

### *Recomendaciones específicas*

- Continuar con los esfuerzos de comunicación social y movilización de las comunidades en los planes de los próximos años.
- Continuar con las actividades del componente de vigilancia, vigilancia comunal y fortalecimiento de la expansión del mismo como un mecanismo clave para mantener los logros obtenidos y contribuir a la sostenibilidad de las futuras acciones.
- Revisar el sistema de información, su instrumentación y administración para que facilite el análisis de los datos tendientes a optimizar y apoyar la planificación de acciones y la toma de decisiones para la adecuada y oportuna asignación de recursos.
- Fortalecer la capacidad de supervisión técnica a través del MINSA, OPS, y otros.
- Promover que el Instituto Nacional de Salud (INS), en su carácter de referencia nacional, tenga una mayor presencia en el terreno para el cumplimiento de sus funciones.

- Para el resto del periodo del proyecto de ACIDI-CIDA, éste debe realizar los esfuerzos necesarios para facilitar la transición e institucionalización de las acciones en los planes regionales, con el acompañamiento y regulación del Ministerio de Salud.
- Sobre la propuesta de expandir actividades a otros distritos el equipo de evaluación considera que hay suficiente evidencia que justifican su ejecución. Para esto se debe realizar un análisis de la situación epidemiológica, capacidad técnica y recursos humanos disponibles y necesarios para ejecutarlo. Esto permitirá determinar si el proyecto de cooperación apoya la expansión a otros distritos, o continúa con la consolidación de los logros alcanzados.
- Las recomendaciones antes mencionadas deben basarse en el plan de acción regional y en los compromisos que el gobierno nacional y local asuman con respecto a la disponibilidad de recursos humanos estables y de los insumos estratégicos necesarios.

#### **4.3 Resultados no anticipados**

Se han logrado resultados no anticipados a través de la abogacía realizada a través del PCPCD:

- Gerencia descentralizada y el fuerte apoyo intersectorial al proyecto en Arequipa han contribuido al éxito de las actividades realizadas y de los avances alcanzados en la eliminación del vector de la enfermedad de Chagas.
- Las actividades de movilización social de Chagas incorporan todos los niveles de atención y son multi-institucionales en su ejecución y como consecuencia actualmente las comunidades demandan que sus viviendas sean rociadas.
- Interés y compromiso del Ministerio de Salud para implementar el componente comunitario de la estrategia de AIEPI.

## **ANEXO 1: PARTICIPANTES DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN DE OPS Y ACDI-CIDA**

### **Equipo de Evaluadores**

Oriol Ramis  
Clovis Tigre

### **Participantes de OPS, Oficina Central**

Chris Drasbek, Asesor Regional, AIEPI, Salud de Niño y Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria.  
Roberto Montoya, Coordinador Técnico RAVREDA, Control de Enfermedades Transmisibles, Área de Prevención y Control de Enfermedades.  
Sergio Sosa, Consultor, Enfermedad de Chagas, Control de Enfermedades Transmisibles, Área de Prevención y Control de Enfermedades.  
Dionne Patz, Coordinadora Proyecto ACIDI-CIDA, Control de Enfermedades Transmisibles, Área de Prevención y Control de Enfermedades.  
Gloria Morales, Administradora, Área de Prevención y Control de Enfermedades.  
María Eugenia Gutiérrez, Asistente Administrativa de Programas, Área de Prevención y Control de Enfermedades.

### **Participantes de OPS, Paraguay (PWR-PAR)**

María Almirón, Enfermedades Transmisibles.  
Marcia Moreira, Epidemióloga de la Representación.  
Bernardo Sánchez, Salud Familiar y Comunitaria.

### **Participantes de OPS, Perú (PWR-PER)**

Miguel Dávila, Salud Familiar y Comunitaria.  
Mario Valcárcel, Enfermedades Transmisibles.

### **Participantes de los Programas Nacionales, Paraguay**

#### **AIEPI**

Elsa Paredes Battaglia, Directora de la Dirección Integral de la Niñez y la Adolescente.  
Mercedes Portillo, Jefa de la Dirección de la Niñez.  
Gladis Ramírez, Salud Integral de la Niñez.

#### **CHAGAS**

Graciela Russomando, Jefa del Programa de Chagas.  
Humberto Recalde, Director de SENEPA.  
Osvaldo Vázquez, Coordinador del proyecto ACIDI-CIDA en el SENEPA.  
Carlos Guido, funcionario del programa de Chagas.

## GÉNERO

Maria José Argaña, Ministra de la Secretaría de la Mujer.  
Cristina Arron, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud.  
Graciela Zelaya, Secretaria de la Mujer.

## ITS

Gloria Aguilar, Jefa del Programa de ITS.  
Nicolas Aguayo, Jefe del Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS.  
Zully Suárez, funcionaria del programa de ITS.  
Aidé Ramírez, Jefa de Programas de la Región Sanitaria de Cordillera.

## PROGRAMA INTEGRADO BOQUERON

Lucía Terol, Directora de la Región Sanitaria de Boquerón.  
Gertrudis Hiebert, Secretaria de Salud de la Gobernación de Boquerón.  
Jorge Servín, Antropólogo del Programa Integrado.

## DENGUE

Blanca Cousinho, Jefa del Programa de Dengue, SENEPA.

## TUBERCULOSIS

Irmina Toledo, Programa Nacional de Tuberculosis.

## **Participantes de los Programas Nacionales, Perú**

### AIEPI

Rosa Vilca de Gárate, Directora Programa Sectorial I, Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud de la Dirección General de las Personas.

### CHAGAS

María Elena Ogusuku, Coordinadora de Vigilancia y Control de Vectores de la Dirección General de Salud Ambiental.  
Yeni Herrera Hurtado, Equipo Técnico, Estrategia Sanitaria Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores de la Dirección General de Salud de las Personas.

### MINSA

Miguel Ángel León, Director Ejecutivo de Atención Integral y Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores de la Dirección General de Salud de las Personas.

## **Participante de ACDI-CIDA**

Gérald Le François, Agente de Desarrollo Principal, Programa Interamericano, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI).

## ANEXO 2: MARCO LÓGICO ORIGINAL DEL PCPCD

Logical Framework: Goal, Purpose (outcomes), and Expected Results (outputs)

Narrative summary	Impact (long-term)	Indicators	Assumptions
<p><b>Goal/Objective/end</b></p> <p>To contribute to the prevention and control of those communicable diseases that cause the greatest burden of morbidity and mortality among children, young people, and adults in Colombia, Ecuador, Paraguay, Peru and Venezuela.</p>	<p>Reduction of morbidity, mortality and disability caused by HIV/AIDS/STI, Tuberculosis, Chagas Disease, Dengue and early childhood diseases in the target areas of the participating countries.</p>	<p>Morbidity and mortality from the most prevalent communicable diseases have been reduced in the target countries of the Project in men, women and children.</p>	
<p><b>Purpose</b></p> <p>To strengthen the capacity of national institutions in the target countries responsible for planning, managing, and providing sustainable, comprehensive and gender sensitive programs for the prevention and control of the most prevalent communicable diseases that cause the greatest death and disability.</p>	<p><b>Objectives (outcomes)</b></p> <p>To improve the sustainability of prevention and control programs aimed at the most prevalent communicable diseases in the target countries.</p> <p><b>Gender:</b> To improve the capacity of participating countries to incorporate gender issues in the prevention and control of priority communicable diseases.</p> <p><b>TB:</b> To reduce TB prevalence and improve TB diagnosis, treatment and patient monitoring in Paraguay.</p> <p><b>TB:</b> To determine the Incidence of tuberculosis among indigenous populations (Colombia, Ecuador and Venezuela) and prisoners (Peru) and promote and recommend the diagnosis and treatment of tuberculosis cases in these populations to the national authorities.</p> <p><b>Chagas Disease:</b> To design and implement a surveillance system for the vector of Chagas</p>	<p>Participating countries develop national communicable disease plans with adequate resource allocation (financial and human) to contribute to long-term prevention and control efforts.</p> <p>All participating countries are incorporating a gender sensitive approach to the prevention and control of priority communicable diseases.</p> <p>In Paraguay, 70% of estimated new tuberculosis cases are detected in the target areas and 85% of these detected cases are cured.</p> <p>National authorities program funds to prevent and control TB in indigenous and prison populations.</p> <p>The household infestation index for <i>Triatoma infestans</i> is reduced by at least 95%</p>	

Narrative summary Goal/Objective/end	Impact (long-term)	Indicators	Assumptions
	<p>disease with active community participation in selected areas of Paraguay and to strengthen the attack phase (insecticide spraying) in Peru.</p> <p><b>Dengue:</b> Public health policies for the prevention and control of dengue have a multisectoral, intersectoral and interdisciplinary (integrated) approach to reduce the harm that produces the disease.</p> <p><b>HIV/AIDS/STI:</b> To strengthen the national capacity to expand the prevention and control of sexually transmitted infections, including HIV/AIDS, with special attention to gender issues and socioeconomic status.</p> <p><b>IMCI:</b> To introduce changes in the academic curricula of the health professions in target areas in order to include the principles of IMCI and improve primary health care services to reduce mortality from diseases and health problems in children under five years of age.</p>	<p>compared to initial values and reinfestation indices reach not more than 0% in target communities.</p> <p>A sustainable national strategy is designed by each participating country with the cooperation of the Dengue-GT, based on a new practice that permits evaluation and continuity with the specific allocation of national resources.</p> <p>Target areas will have defined long-term strategies to improve the information available for decision-making; prevent and control STIs and provide adequate care to people living with HIV/AIDS and STIs.</p> <p>80% of public academic institutions with medical, nursing, nutrition and public health schools in target areas will include IMCI as a part of their graduate and post-graduate curriculum.</p>	

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
<b>COLOMBIA/TB</b>			
1. The DOTS Strategy will have been implemented among indigenous population of the departments of Amazon and Guajira.	<ul style="list-style-type: none"> <li>All the registered cases receive shortened chemotherapy treatment, and 70% are directly supervised.</li> <li>The Departments have complete and reliable epidemiological data for TB available by age and sex and treatment and program activities are evaluated.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registration book for patients with respiratory symptoms (DOTS).</li> <li>Case book.</li> <li>Laboratory book and lab registry for sputum smear control.</li> <li>Quarterly reports.</li> <li>Workshop reports and agendas, and staff evaluations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Human resources are available.</li> <li>Financial resources are available to perform bacteriological tests.</li> <li>Inputs necessary for diagnosis are available, including human resources.</li> <li>The reference laboratory provides timely feedback.</li> <li>Drugs are available to guarantee full treatment to all patients.</li> <li>Resources and trained staff are available for supervision.</li> <li>Managers approve and support staff training and evaluation.</li> </ul>
2. Community participation, community leaders and health agents will have been trained and strengthened to conduct health prevention and control activities, especially in regard to tuberculosis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>80% of community leaders assume responsibility for patient treatment compliance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reports of the meetings of indigenous communities including community leaders.</li> <li>Report on training to community agents in health.</li> <li>Report on adherence to the treatment.</li> <li>Report on vaccination coverage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Have the approval and the support of the indigenous authorities.</li> <li>Suitable personnel available for training.</li> </ul>
<b>COLOMBIA/HIV</b>			
1. The management of sexually transmitted infections is strengthened in the 32 departments by using the syndromic <sup>2</sup> management approach to STI diagnosis and treatment with an emphasis on congenital syphilis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>At the end of year 2, 80% of program directors and coordinators of prevention and control activities will be trained in management of STI in 16 departments (8 departments per year)<sup>3</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Up-to-date protocol.</li> <li>Consensus meeting proceedings.</li> <li>Training workshops held.</li> <li>Available departmental plans of operation.</li> <li>Monitoring and evaluation reports related to departmental plans of operation.</li> <li>Progress reports, evaluations, visits of technical cooperation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Political will.</li> <li>Employment stability among human resources.</li> <li>Funding available.</li> <li>Health authorities provide sites and authorize staff time for training activities.</li> </ul>

<sup>1</sup> Indicators are for the lifespan of the Project unless otherwise indicated.

<sup>2</sup> The syndromic management approach to STI control is gender sensitive by definition as diagnosis and treatment is based on symptomology and takes into account differences between men and women.

<sup>3</sup> Atlántic, Magdalena, Valle, Antioquia, Meta, Santander, Huila and Bogotá in Year 1. Quindío, Cesar, Caqueta, Cundinamarca, Risaralda, Arauca, Guajira and Boyacá in Year 2.

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
<p>2. The STI surveillance system will be strengthened and incorporate second generation surveillance activities which include behavioral, gender and sociodemographic factors.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>At the end of year 2 there will be four sentinel centers monitoring behavioral risk factors for STI among pregnant women and their partners.</li> <li>Epidemiological data on STIs are available by behavioral and sociodemographic factors including age and sex for policy, decision making and resource allocation purposes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biweekly national epidemiological report.</li> <li>Document of the implementation of sentinel sites.</li> <li>Results of rapid sampling studies.</li> <li>Consolidated report to the STI Net.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Availability of funds</li> <li><u>National counterpart</u></li> <li>Support in human resources and preparation of materials for training.</li> <li><u>Local counterpart</u></li> <li>Local professionals are willing participants in training activities.</li> <li>Health authorities provide sites and authorize staff time for training activities.</li> </ul>
<p>3. The coverage of the STI Program has increased, and the quality of care is improved.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>At the end of year 1, the number of serological tests administered to pregnant women prior to delivery will have increased by 30% in accordance with Resolution 412 of the Ministry of Health.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratory reports on control of quality of the diagnosis of syphilis.</li> <li>Report on the epidemiological situation of the gestational and congenital syphilis.</li> <li>Service statistics from health centers and hospitals.</li> <li>Reports of diagnostic services provided for sex workers who present voluntarily.</li> <li>Reports on the implementation of fast tests in local health unit without laboratory infrastructure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Political support sustained to address subjects related to the sexual behavior.</li> <li><u>National Counterpart</u></li> <li>Procurement and distribution of reagents and drugs necessary for the management of cases of gestational and congenital syphilis.</li> <li><u>Department counterpart</u></li> <li>Distribution of reagents and drugs necessary for the management of cases of gestational and congenital syphilis.</li> </ul>
<p>4. A sexual and reproductive health IEC campaign will be developed targeted to pregnant women and women of childbearing age in maternal and child health centers to create demand for syphilis testing and treatment.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health seeking behavior for STI testing and treatment increased in pregnant women and women of childbearing age.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service statistics from health centres and hospitals that provide MCH services.</li> <li>Reports of diagnostic services for this target group.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integration with project of prevention of vertical transmission.</li> <li><u>National Counterpart</u></li> <li>Poster distribution.</li> </ul>
<b>ECUADOR/IMCI</b>			
<p>1. Regulatory, material, and logistical conditions necessary to apply the IMCI strategy will have been created in the target provinces (Imbabura, Chimborazo, Bolivar, Napo, Loja, Guayas), thus contributing to an overall national process.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% of health services have standards, training material and registration forms necessary to apply the IMCI strategy for health care in childhood.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standards and material for training available.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sustained support of the national authorities.</li> <li>Timely availability of the resources.</li> </ul>
<p>2. Neonatal Component of IMCI implemented in the target provinces.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% of public health services that provide neonatal care in target provinces apply the IMCI strategy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reports of follow-up visits.</li> <li>Reports of training workshops.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adequate enforcement of the law providing for no-cost maternity and childhood care.</li> </ul>



EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
3. Population of children under 5 years of age will have access to quality IMCI care both in the community, in outpatient services, and in reference hospitals.	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% of children under 5 years of age seeking health care in outpatient services or hospitals receive adequate care following the IMCI Strategy.<sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reports of follow-up visits.</li> <li>Results of evaluation and operations research.</li> <li>Clinical records of health care units NGO reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministry of Health guarantees drug and other inputs.</li> <li>NGOs training CHA in community IMCI.</li> </ul>
4. IMCI is accepted and incorporated in academic institutions' curricula for health related professions and in pre and post-graduate courses in the target areas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eight schools of health sciences or other health professions have incorporated IMCI into their curricula, and show signs of institutionalization of the Strategy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>University resolutions.</li> <li>Reports of the universities and schools of the area.</li> <li>Curricula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Political will of the university authorities.</li> </ul>
<b>ECUADOR/TB</b>			
1. The DOTS strategy will have been implemented in the provinces of Napo (health area 1, Tena and Archidona) and Sucumbios (areas 1 and 2) using a community participation model.	<ul style="list-style-type: none"> <li>70% of sputum smear positive cases (SS+) will have been detected among patients with respiratory symptoms in the 2 provinces and the cure rate among these detected cases will reach 85%.</li> <li>Health professionals and volunteers able to provide gender sensitive TB outreach services to men and women in target communities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registration book for patients with respiratory symptoms (DOTS).</li> <li>Case book.</li> <li>Laboratory book.</li> <li>Quarterly reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The resources are available in order to carry out the activities.</li> <li>The Ministry of Health provides drugs for DOTS and reagents for sputum smears through the Provincial Health Bureau.</li> <li>The Provincial Health Bureau provides registration books and standardized National TB Program forms.</li> <li>Community members willing to participate as health volunteers.</li> </ul>
<b>ECUADOR/HIV</b>			
1. The management of and program development for HIV/AIDS/STI prevention and care have been strengthened in Guayaquil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>At the end of year 3, 80 % of programmed HIV/AIDS/STI activities are implemented.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Published Plan of Operations for the city of Guayaquil.</li> <li>Progress reports, evaluations, reports of technical cooperation visits.</li> <li>Staff performance reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Political will.</li> <li>Stability of human resources.</li> <li>Allocation of adequate funds.</li> <li><u>National Counterpart</u></li> <li>Professional, within the National Program to the position of the intervention in Guayaquil.</li> <li>Coordinators and area directors with responsibilities in the execution of the Plan of Operation.</li> </ul>
2. The HIV and STI surveillance system in Guayaquil will be strengthened and incorporate second generation surveillance activities which include behavioral, gender and sociodemographic factors.	<ul style="list-style-type: none"> <li>At the end of year 2, three sentinel HIV /STI surveillance sites will be in operations in Guayaquil.</li> <li>Epidemiological data on STIs and HIV/AIDS are available by behavioral and sociodemographic factors including age and sex for policy , decision making and resource allocation purposes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progress reports, evaluations, technical cooperation mission reports.</li> <li>Standards and training materials.</li> <li>Epidemiological bulletins with published data provided by sentinel surveillance sites.</li> <li>Publication of the research study findings.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Availability of funds.</li> <li>Will of local professionals to work in collaboration.</li> <li>Local health authorities facilitate sites and authorize human resources to participate in training.</li> <li><u>National Counterpart</u></li> </ul>

<sup>4</sup> Survey conducted at the end of year 5.

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
3. The STI program has increased coverage and improved the quality of care, with an emphasis on gender issues and high risk groups (e.g. men who have sex with men (MSM)).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health providers are trained in the syndromic management of STIs and diagnose and treat men and women in accordance with its standards.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation reports.</li> <li>Reports and service statistics of health centers and hospitals.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Support in RRHH and preparation of materials for training.</li> <li>Political support sustained to address subjects related to the sexual behavior.</li> </ul> <p><u>National Counterpart</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Access to drugs necessary for the syndromic approach.</li> <li>Support in the technical assistance.</li> <li>Facilitation of the continuous education of the professionals.</li> </ul>
4. Comprehensive care to persons living with HIV/AIDS (PLHA) in Guayaquil improved, specifically in regard to the diagnosis, and monitoring of antiretroviral therapy in high risk groups.	<ul style="list-style-type: none"> <li>At the end of year 2, gender sensitive, voluntary HIV counseling and anonymous testing are provided by trained personnel in three centers in Guayaquil.</li> <li>80% of patients receiving ARV therapy in Guayaquil follow standard national treatment protocols.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progress reports, evaluations, visits of technical cooperation.</li> <li>Service statistics of hospitals providing care to PLHA.</li> <li>Evaluation of ARV management of patients according to established protocols.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The trend in the prices of continuous ARV being falling.</li> <li>Political will to maintain the treatment ARV.</li> <li>Existence of standardized and governed procedures (foreseen for October 2002).</li> </ul> <p><u>National Counterpart</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion of treatment ARV.</li> <li>Support in the training of the management of the treatment of ARV.</li> <li>Protocols of comprehensive treatment of e PLHA.</li> </ul>
5. Comprehensive care for PLHAs in the province of Manabí improves with the application of the Building Blocks strategy.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health providers in Manabí are trained in the Building Blocks approach, and are integrating prevention, care and support activities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progress reports, evaluations, technical cooperation visit reports.</li> <li>Statistics of hospitals and health centers.</li> <li>Baseline and progress evaluation reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Political support.</li> <li>Acceptance of the project in the provincial area.</li> </ul> <p><u>National Counterpart</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilities available for providing training of Human Resources in comprehensive care.</li> <li>Appointment of a professional coordinating the project in Manabí.</li> <li>Monitoring from the central level.</li> </ul>
<b>PARAGUAY/IMCI</b>			
1. Regulatory, material, and logistical conditions necessary to apply the IMCI strategy will have been created in the target areas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>All the health facilities in project areas have standards, materials, forms, drugs, and other inputs necessary for applying the IMCI strategy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring and evaluation reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Political will and technical capacity to coordinate.</li> <li>Institutional commitment.</li> </ul>
2. Children under 5 years of age living in peripheral areas of Asunción and the Departments of Caazapá, Itapua and Boqueron will have benefited from IMCI at the end of March of 2004.	<ol style="list-style-type: none"> <li>In March 2004, the IMCI strategy will be in application in public health services in the following percentages, by target area of the project: <ul style="list-style-type: none"> <li>50% marginal area of Asunción</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring and evaluation reports.</li> <li>Health records in participating health services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participating institutions provide technical and financial resources to develop a plan.</li> <li>Regional political and technical authorities are interested in and committed to the plan.</li> </ul>

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60% Caazapá</li> <li>• 50% Itapúa</li> <li>• 50% Boqueron</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social participation.</li> </ul>
<p>3. The incorporation of IMCI will have been strengthened in pre and post-graduate training in schools of medicine, nursing, and public health in the target areas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At least, three schools of health science have incorporated IMCI into their academic curricula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring and evaluation reports.</li> <li>• Course syllabus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Political will.</li> <li>• Managerial capacity to coordinate processes.</li> <li>• Intersectoral coordination.</li> <li>• Resources are available.</li> </ul>
<b>PARAGUAY/CHAGAS</b>			
<p>1. Strategies and instruments for implementing a surveillance system and measuring infestation will have been designed with national authorities.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At the end of year 1, strategic plans and instruments for implementation, monitoring, and evaluation of the surveillance system in selected areas approved by national authorities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plans of national surveillance systems of the country.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National authorities accept and support the proposed surveillance strategy as means for reducing the vector-borne transmission of Chagas' disease.</li> </ul>
<p>2. A technical surveillance team at central level, and regional and local teams as necessary, will have been established and trained in each geographical area of intervention that achieves the surveillance phase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Number of reports of the presence of triatomines by the community (baseline and target to be determined).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triatomine registration reports.</li> <li>• Community leader reports and project monitoring reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decentralization of surveillance is maintained.</li> <li>• Active participation of community leaders.</li> <li>• Institutional support of the health sector at all levels, as well as that of religious institutions, and NGOs is maintained.</li> </ul>
<p>3. Education on environmental health standards in the home, with emphasis on improvement of housing with appropriate technology and community participation, will have been provided to the community in all areas where control measures have been applied and surveillance is being implemented.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Number of communities in each department initiate housing and per domiciliary area improvements (baseline and target to be determined).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation reports by field teams and leaders, and surveillance reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The national Chagas program in the country has the interinstitutional collaboration of other sectors, such as Education and Housing.</li> <li>• The preferences of the affected population are respected in regard to their home improvement preferences.</li> </ul>
<b>PARAGUAY/TB</b>			
<p>1. The National TB Program is decentralized in primary care centers and DOTS is organized and supervised by health workers and volunteers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At the end of year 1, two health regions are consolidated as demonstration areas of DOTS at the national level at the end of year 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TB patient registry.</li> <li>• Patient treatment registry.</li> <li>• Quarterly reports of National TB Program.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health authorities agree to decentralize the services.</li> <li>• Tuberculosis drugs are available throughout the country for patient treatment.</li> </ul>
<p>2. The National TB Program registration and information system has been incorporated into the National Health Information System.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At the end of year 2, the National TB Program has complete and reliable epidemiological data available by age and sex and evaluates treatment and program activities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratory record, patient treatment files, other patient records from health centers and laboratories.</li> <li>• Periodic reports on the central laboratory and in the National TB Program.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data provided by the National TB Program are recognized and accepted as official information for TB.</li> <li>• Other health sectors provide data to the National TB Program (social security, university).</li> </ul>

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
<p>3. The capacity for supervision of TB program activities at the intermediate and peripheral level of the health sector has been strengthened.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health centres with TB programs are supervised twice per year.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Semiannual supervision and evaluation reports, and of Laboratory Network reports as follows:  <u>Year 1:</u> Boqueron, Pdte. Hayes, Amambay, Canindeyú, Plant, Mountain Range (Hospital Km.81).  <u>Year 2:</u> the aforementioned plus Itapúa, Paraná, INERAM (Asunción), Caazapá, Caaguazú, Guairá, Concepción, San Pedro, Paraguari Ñe'embucú, Alto Paraguay, and Misiones (18 health regions).</li> <li>Reports PAHO/WHO consultancy visits.</li> <li>Reports of the National TB Program on evaluations at regional and central levels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agencies of the health sector commit to improved supervision.</li> </ul>
<p>4. IEC to increase awareness of TB and its control have been expanded among the population in the target areas starting in the second year of the project.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>50% increase in the demand for outpatient services from patients with respiratory symptoms attending general health services.</li> <li>Treatment drop-out rates are reduced by 50% (national average of 23% in 2001).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health services records.</li> <li>Technical reports on IEC activities of the National TB Program.</li> <li>Supervisory visits reports.</li> <li>Studies of users.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Materials for the activities of IEC have been developed for the population.</li> </ul>
<p>5. National TB Program and Laboratory staff are trained in management issues of the program and the laboratory network.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NTP staff responsible for TB case management trained, and applying skills to meet established program targets (e.g. detection rates, cure rates, treatment outcomes).</li> <li>Lab staff trained and meeting established standards for lab procedures including quality control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Technical reports of training activities.</li> <li>Laboratory reports.</li> <li>Evaluation reports of Staff and NTP program.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Ministry of Health provides site and authorizes staff time for training.</li> </ul>
<b>PARAGUAY/HIV</b>			
<p>1. STI program management strengthened, and the approach to prevent and control sexually transmitted infections expanded, with an emphasis on congenital syphilis, and gender issues.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>95% of health units in target areas are implementing the syndromic management approach for the control of STIs and integrating these activities with HIV/AIDS initiatives.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>National Strategic plan for the prevention and control of the STIs (2001 – 2004).</li> <li>Progress reports, evaluations, technical cooperation visits reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Human resources.</li> <li>Allocation of adequate funds.</li> <li><u>National counterpart:</u></li> <li>Professional in charge of the STIs.</li> </ul>
<p>2. The coverage of syphilis diagnosis and treatment for pregnant women and newborns is expanded.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health providers are trained in syphilis prevention and control with an emphasis on congenital syphilis and participate in active case finding.</li> <li>All (100%) of pregnant women attending prenatal care services receive a VDRL test and are offered treatment.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital and laboratory statistical data.</li> <li>Health clinic statistical data.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Availability of funds.</li> <li><u>National counterpart:</u></li> <li>Reagent, laboratories.</li> <li>Human resources.</li> <li>Drugs.</li> </ul>

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>50% of women not seeking prenatal care receive at least one VDRL test during pregnancy and are offered treatment (active case finding).</li> </ul>		
<p>3. The capacity for and quality control of STI diagnosis in the national reference laboratory and the national laboratory network will have been strengthened.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>By the end of year 3, the reference laboratory makes diagnoses of STI according to established techniques, with quality control, timeliness and biosafety.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratory diagnosis manual for STI.</li> <li>Periodic reports of the national reference laboratory.</li> <li>Laboratory database.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health authorities in the regions provide time and sites for training activities.</li> </ul> <p><u>National counterpart:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratory inputs for STI, as of year 3.</li> <li>Human resources.</li> <li>Logistics.</li> </ul>
<p>4. Health workers are trained in the prevention, control, and care of STI using the syndromic management approach.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health staff provide education and counseling for STIs (including HIV) and use the syndromic management approach to diagnose and treat STIs in men and women.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Training plan.</li> <li>Training manuals.</li> <li>Reports-evaluation of trainings activities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Close collaboration between the tuberculosis and AIDS program.</li> <li>Sustainable political support to deal with delicate subjects, as the STIs, the sexuality of the adolescents, the stigma, etc.</li> </ul> <p><u>National counterpart:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitate in the regions the time and the places sites for the training.</li> <li>Means of transportation to the regions and combustible.</li> </ul>
<p>5. The STI surveillance system will be strengthened and incorporate second generation surveillance activities which include behavioral, gender and sociodemographic factors.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiological data on STIs are available by behavioral and sociodemographic factors including age and sex for policy, decision making and resource allocation purposes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>National strategic STI surveillance plan.</li> <li>Initial diagnosis and progress of the STI surveillance system.</li> <li>Standards and training materials</li> <li>Regular epidemiological bulletins, annual reports.</li> <li>Other publications, data submitted to congresses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Human resources available.</li> <li>Regular budget assigned to surveillance activities.</li> <li>Close collaboration between the national AIDS/STI Program and the Office of the Director of Epidemiology.</li> </ul> <p><u>National counterpart:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiologists.</li> <li>Development of training manual.</li> <li>Human resources.</li> <li>Reagents.</li> <li>Vehicle and fuel.</li> </ul>
<b>PERU/IMCI</b>			
<p>1. Regulatory, material, and logistical conditions necessary to apply the IMCI strategy will have been created in the target provinces (Cusco, Huancavelica and Apurimac).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% of health services have standards, training material and registration forms necessary to apply the IMCI strategy for health care in childhood.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Available printed material.</li> <li>Reports on follow-up visits.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sustained support of the national authorities.</li> <li>Timely availability of the resources.</li> <li>Workshop on validation of the neonatal component carried out to October of the 2002.</li> </ul>

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
<p>2. Target area health services (Cusco, Huancavelica and Apurimac) that serve children under 5 years of age apply the IMCI strategy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% of health facilities where IMCI is applied have the necessary essential drugs.</li> <li>• 95% of children under 2 years of age attending health facilities where the IMCI strategy is applied have complete vaccination schemes.</li> <li>• 80% of children under 1 year of age attending health facilities where IMCI is applied have initiated adequate supplementary feeding for their age (beyond 6 months of age).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reports on follow-up and supervision visits.</li> <li>• Final report on evaluation of IMCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan of operation ('PO') IMCI prepared annually from the 2003.</li> <li>• Health Information System operating in Cusco, Huancavelica and Apurimac.</li> <li>• Community IMCI strengthened in these departments by other partners (NGO, UNICEF, PAHO, Universities).</li> <li>• Ministry of Health guarantees the provision of drugs and inputs.</li> </ul>
<p>3. Institutions that train human resources in health in target areas have incorporated IMCI into their academic programs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At least one faculty/school of medicine and/or nursing and/or related health profession has incorporated IMCI in the academic curriculum by the end of 2004.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syllabus of studies.</li> <li>• Official records of area universities and schools.</li> </ul>	
<p>4. System for monitoring and supervision structured and operational.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% of health facilities that apply IMCI receive two supervisory visits per year.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Published supervision and monitoring documents.</li> <li>• Reports on supervisory visits.</li> <li>• Evaluation reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At least one representative of each health directorate participating in the project participates in the annual evaluation by 2004.</li> </ul>
<b>PERU/CHAGAS</b>			
<p>1. Eighteen thousand dwellings will have been disinfected in the city of Arequipa as indicated in the Macroregional Plan of Elimination of <i>Triatoma infestans</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% (5000) of dwellings disinfected in the first phase (by the end of 2004) and 100% (18,000) at the end of the Project.</li> <li>• The vector is eliminated in disinfected dwellings and a post spraying entomological surveillance system has been installed with the participation of men and women community members..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annual evaluation of the Southern Cone Initiative.</li> <li>• Regional evaluation reports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The insecticides are obtained through PAHO's procurement system at preferential prices.</li> <li>• The Ministry of Health maintains its financial and political commitment to ensure the operations of the project.</li> </ul>
<b>PERU/TB</b>			
<p>1. The proportion of patients with respiratory symptoms examined in at least one penal institution of Peru will have increased as well as the proportion of inmates under DOTS coverage.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At the end of year 2, number of inmates receiving a specific examination for TB diagnosis at entry into prison has increased from 0 to 100%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient (DOTS) registry book for patients with respiratory symptoms in participating institution(s).</li> <li>• Prison inmate registry book (for incoming prisoners).</li> <li>• Operational quarterly reports prison health services.</li> <li>• Supervision reports.</li> <li>• Reports on treatment cohorts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Ministries of Health and Justice establish the necessary coordination for implementing activities.</li> <li>• The Framework Agreement between the National Penitentiary (INPE) and the Ministry of Health is renewed.</li> </ul>

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
2. The detection of multidrug resistant patients will have increased as will the number of these patients under DOTS - Plus treatment.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidrug resistant (MDR) cases in prisons are detected and all MDR patients receive DOTS- Plus treatment.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Case registry book.</li> <li>Treatment cards.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Ministry of Health guarantees the availability of drugs for the treatment of the patients with MDR tuberculosis in the penal institutions.</li> </ul>
<b>VENEZUELA/TB/INDIGENOUS</b>			
1. The health of the Warao people in the Antonio Díaz municipality of the State Delta Amacuro will have improved by addressing their communicable disease health problems through the introduction of an integrated approach to health with the participation of the communities (35) and an intercultural perspective.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Morbidity and mortality from the identified priority communicable disease health problems will have decreased among the target population<sup>5</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Situation assessment of health needs and priorities of the Warao people (document).</li> <li>Epidemiological and operational reports.</li> <li>Lay reporting of epidemiological surveillance system.</li> <li>Reports on training.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Warao communities participate in the design and implementation of the project.</li> </ul>
2. In the Antonio Diaz municipality, the Warao community will be empowered to deal with its own communicable disease health problems using a comprehensive and participatory approach.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Each community will have at least one community agent with the capacity to provide comprehensive care in identified priority communicable diseases including detection, timely treatment, and reference to the nearest comprehensive health care center (CAI).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Training activity reports.</li> <li>Performance reports of trained community agents.</li> <li>Quarterly reports and DSP-04.</li> <li>Proposal document.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Labor peace permits the development of the project.</li> <li>Health workers commit to the development of the project.</li> <li>Timely financial support is available.</li> <li>The project receives the backing of state and municipal agencies, as well as that of the group developing Delta Plan (development plan for the Delta Amacuro State).</li> <li>The geographical and meteorological conditions of the Amacuro Delta State permit the development of the project.</li> </ul>
<b>PROJECT MANAGEMENT REGIONAL</b>			
1. The Project will have been properly managed, supported and evaluated throughout its lifetime.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Work plans and technical and financial reports will be timely presented by PAHO to CIDA, following the contribution arrangement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documents submitted: work plans; progress reports.</li> <li>Minutes of Project team meetings.</li> <li>Minutes of Project steering committee meetings.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A project coordinator is hired with project funds.</li> <li>Technical assistance from PAHO'S technical team is available as programmed.</li> <li>Funds are timely available.</li> </ul>
<b>Dengue/Regional</b>			
1. A dengue working group (WG) will have been established to design a "multisectoral,	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meeting of Dengue Expert working group held</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Development of LFA for Project with budget requirements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Availability of group of experts for the</li> </ul>

<sup>5</sup> Priority CD to be determined in Year 2 of the Project as a result of the completion of the situation assessment, activity 1.1.

EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
<p>intersectoral and interdisciplinary" intervention in accordance with the new generation of programs for dengue prevention and control.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengue-WG Action Plan <sup>6</sup>that includes the five intervention components<sup>7</sup>. The document should cover at least the following aspects:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procedures for the actions of the Dengue WG in the countries.</li> <li>○ Expected results in each intervention area.</li> <li>○ Indicators established by the WG for the five intervention components.</li> <li>○ Supervision and monitoring of the activities of the Dengue WG in the participating countries.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Action Plan of the Dengue WG published and disseminated.</li> </ul>	<p>preparation of the Plan.</p>
<p>2. Knowledge and actions to contain dengue in each target country will be improved.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At the end of year 3, an integrated analysis of dengue weaknesses, opportunities, strengths, and threats (DOFA<sup>8</sup>) will be conducted in 3 countries and used to develop the national strategy and action plans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation analysis report.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DOFA analysis is the product of multidisciplinary team work (entomology, clinic, epidemiology, laboratory, social communication, environment and administration).</li> </ul>
<p>3. An Integrated National Strategy based on the new practice with the optimization of material and financial national resources, and allocation of new resources as necessary, will be developed and implemented in the target countries.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At least two (2) countries adopt the Strategy and begin implementation at the end of Year 2, and in all target countries (5) at the end of the Project.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National Dengue Strategy in the participating countries.</li> <li>• Monitoring reports of the Dengue WG</li> <li>• External evaluations in two (2) countries at the end of Year 2, and in all target countries (5) at the end of the Project.</li> <li>• Review of National Dengue Strategy documents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceptance of the paradigms proposed by Dengue-WG.</li> <li>• Other sectors (outside health) involved in strategy development.</li> <li>• The Ministry of Health and other actors give continuous political and financial support.</li> </ul>
<p>4. The national capacity in the target countries is strengthened in each of the five areas that comprise the National Strategy for the prevention and control of dengue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National multisectorial teams in each target country conducting dengue prevention and control activities in accordance with the National Strategy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendas and final reports on the seminars/workshops in each one of the five areas of intervention.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health authorities facilitate the training of the personnel.</li> <li>• The selected personnel bring together the required training profile.</li> </ul>
<b>IMCI/Regional</b>			
<p>1. Improved quality of children's health care at health facilities and community level in priority areas of the Project countries.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At least 80% of health facilities in priority areas of the Project provide access to IMCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey of the evaluation of IMCI.</li> <li>• Results of local operational research on IMCI.</li> </ul>	

<sup>6</sup> A document with the defined position of PAHO based on Resolution CD43.R4

<sup>7</sup> i) Epidemiological surveillance; ii) laboratory preparedness; iii) case management (particularly in the treatment of more severe cases); iv) social communication/ community participation, and v) vector control.

<sup>8</sup> Debilidades, oportunidades, fortalezas, y amenazas (DOFA).



EXPECTED RESULTS	INDICATORS <sup>1</sup>	SOURCES OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
2. Introduction of IMCI in pre and postgraduate training at schools of medicine, nursing, nutrition and public health in Project countries.	<ul style="list-style-type: none"> <li>80% of academic institutions involved in the Project have introduced the IMCI Strategy.</li> </ul>		
<b>HIV/Regional</b>			
1. STI and HIV/AIDS program management is strengthened, comprehensive and gender sensitive programs are developed and the monitoring of the epidemics is improved in the target areas of the Project.	<ul style="list-style-type: none"> <li>National programs in the target countries have developed comprehensive programs with appropriate surveillance and incorporate a gender sensitive approach to programming activities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>National plan documents for Paraguay, Ecuador and Colombia.</li> </ul>	
<b>Gender Equality Strategy/ Regional</b>			
1. The capacity of target countries to incorporate a gender sensitive approach to the planning, implementation and management of prevention and care programs for priority communicable diseases is strengthened.	<ul style="list-style-type: none"> <li>National programs in the target countries develop communicable disease specific gender equality strategies and/or action plans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Training sessions in gender and health held.</li> <li>Communicable disease health data available disaggregated by sex in target areas.</li> <li>Action plans for Gender Equality in communicable diseases developed.</li> </ul>	

**ANEXO 3: MARCO LÓGICO ACTUAL DEL PCPCD<sup>1</sup>**

(ACDI/OPS) Marco Lógico de los Resultados

<b>META</b>	<b>Contribuir a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles que producen la carga mayor de morbilidad y mortalidad en niños, jóvenes y adultos en Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela.</b>			
<b>PROPOSITO</b>	Fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales de los países proyectados encargadas de planificar, administrar y proporcionar programas sostenibles, integrales con un enfoque de género para la prevención y control de las enfermedades transmisibles más prevalentes que causan el mayor número de defunciones e incapacidad.			
<b>OBJETIVOS (OUTCOME STATEMENTS)</b>	1: Se han elaborado e implementado programas receptivos con un enfoque de género y recursos adecuados con respecto a las enfermedades transmisibles prioritarias en los países del proyecto.	2: Mayor cantidad y capacidad de recursos humanos para realizar las actividades de prevención y control a niveles local, departamental y nacional.	3: Mayor capacidad de las instituciones nacionales de tener acceso o comprometer recursos internos y externos para la implementación de sus estrategias para la reducción de enfermedades transmisibles.	4: Mejor participación comunitaria en la implementación de planes de acción sostenibles de prevención y control a nivel local.
<b>INDICADORES</b>	1.1 Los países participantes elaboran planes de acción de enfermedades transmisibles adaptados a las necesidades de los grupos de población beneficiados del proyecto.  1.2 Los países participantes incorporan un enfoque de género para la prevención y control de las enfermedades transmisibles prioritarias.	2.1 Número de recursos humanos capacitados en la prevención y el control de enfermedades transmisibles que aplican sus aptitudes.	3.1 Número de propuestas elaboradas para responder a las oportunidades de financiamiento (FMSTM y otras iniciativas). 3.2 Compromiso del gobierno para la adopción de la estrategia de gestión integrada de Dengue. 3.3 Análisis y promoción de recursos costo-efectivos para la implementación de las estrategias de reducción de enfermedades transmisibles objeto del proyecto.	4.1 Número de líderes comunitarios, trabajadores comunitarios de salud y voluntarios que implementan las medidas de prevención y control en sus propias comunidades. 4.2 Mayor número de casos notificados de enfermedades transmisibles en las comunidades objeto del proyecto.
<b>PAISES</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS<sup>2</sup> (OUTPUTS)</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)</b>
<b>COLOMBIA</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>La estrategia DOTS se ha puesto en práctica en la población indígena en los Departamentos de Amazonas, Cesar y Nariño usando un modelo de participación comunitaria.</li> </ul>

<sup>1</sup> El marco lógico corresponde al periodo del cuarto año del PCPCD (1 de abril de 2005 al 31 de marzo de 2006).<sup>2</sup> Las estrategias del proyecto son estrategias integrales para la reducción de enfermedades transmisibles.

PAISES	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)
<b>ECUADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La población de niños menores de 5 años de edad tendrá acceso a la atención de AIEPI con calidad tanto en la comunidad como en la atención ambulatoria y hospitales de referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha implementado el componente neonatal de AIEPI en las provincias objeto del proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias objeto del proyecto (Imbabura, Chimborazo, Bolívar, Napo, Loja, Guayas, Morena Santiago, Manabí, Orellana, Pastaza, Sucumbíos, Esmeraldas, Los Ríos, Tungurahua).</li> <li>AIEPI ha sido aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería, y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.</li> </ul>	
<b>PARAGUAY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y los Departamentos de Caazapá, Itapúa y Boquerón se han beneficiado de la estrategia AIEPI para fines de marzo del 2006.</li> <li>Se ha fortalecido la gerencia y desarrollo del programa ITS para ampliar el enfoque de la prevención y control de las ITS, con énfasis en sífilis congénita y temas de género.</li> <li>Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporará actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores comportamiento, de género y sociodemográficos.</li> <li>Se ha establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triatominos con la participación de la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha ampliado la cobertura y diagnóstico del tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y recién nacidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia AIEPI en las áreas beneficiadas del proyecto.</li> <li>AIEPI ha sido aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería, y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.</li> </ul>	

PAISES	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)	RESULTADOS ESPERADOS (OUTPUTS)
PERU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de salud del área objetivo (Cusco, Huancavelica y Apurímac) que atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI.</li> <li>• Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.</li> <li>• El vector habrá sido eliminado en las viviendas y peri domicilio mediante desinsectación y se habrá instalado un sistema de vigilancia entomológica post-rociado con la participación de hombres y mujeres de las comunidades en Arequipa y Moquegua.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se han creado condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias objeto (Cusco, Huancavelica y Apurímac).</li> <li>• AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.</li> </ul>	
REGIONAL			<ul style="list-style-type: none"> <li>• El proyecto se ha administrado, apoyado y evaluado adecuadamente durante su periodo de ejecución.</li> <li>• Se ha mejorado la capacidad nacional de los países proyectados para responder al Dengue a través de la implementación de la estrategia de gestión integrada de prevención y control de Dengue.</li> <li>• Se ha proporcionado el apoyo técnico a los países participantes por los respectivos programas regionales de la OPS (ITS y AIEPI) incluyendo la incorporación de AIEPI en el currículo de las escuelas de ciencia de salud en las áreas objeto del proyecto.</li> </ul>	

## ANEXO 4: TÉRMINOS DE REFERENCIA DE LA EVALUACIÓN

**Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA)**  
**Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)**  
**Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias**  
**Evaluación de Medio Término**  
**13 al 21 Febrero 2006, Paraguay**  
**23 al 28 Febrero 2006, Perú**

### **Términos de Referencia**

#### **1.0 Antecedentes**

El proyecto, "*Prevención y el Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD) en América del Sur*", fue financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA) en septiembre de 2002 por el monto de CAN\$ 10.000.000 para un período de seis años. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el ejecutor para el proyecto que incluye cinco países (Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela) y cinco enfermedades y/o estrategias de enfermedades: Chagas, Dengue, la estrategia de AIEPI, Infecciones de Transmisión Sexual (sífilis y sífilis congénita), Tuberculosis y un componente transversal de igualdad de género. El PCPCD se desarrolló para complementar la programación de prevención y control de las enfermedades transmisibles existentes en los países para abordar las brechas de programas con un énfasis en las poblaciones más vulnerables y marginales, tales como las poblaciones indígenas y encarceladas.

El PCPCD ha pasado por varias revisiones durante su ejecución que ha resultado en una simplificación o reducción del número de resultados esperados e indicadores. Además, se han eliminado los componentes de enfermedades que han recibido el financiamiento del Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (FMSTM) y/o ejecución inadecuada de los fondos:

- Colombia: componente de VIH/SIDA
- Ecuador: componente de VIH/SIDA, componente de TB
- Paraguay: componente de TB
- Perú: componente de TB
- Venezuela: componente de población indígena

El proyecto ha experimentado retos en la ejecución debido a las incompatibilidades entre los sistemas operativos financieros y la diferente clasificación de fondos de la OPS y ACDI-CIDA. Esto ha implicado retrasos en la solicitud, aprobación y recibo de los fondos para la ejecución que ha resultado en una implementación no continua y con retrasos ("stop and go implementation"). El reconocimiento de esto de parte de ambas organizaciones dio lugar al acuerdo en cambiar la modalidad de su Carta de Entendimiento de una Contribución a un Subsidio (Grant) en septiembre

de 2005, para facilitar la liberación de los fondos con la intención de mejorar la ejecución de las actividades del proyecto a nivel de país.

Desde octubre del 2005, el PCPCD ha recibido un total de US\$ 2.730.529 (\$ 3.615.000CAD), o sea, un 36% de la cantidad comprometida. Bajo la Contribución, la cantidad recibida fue US\$ 2.018.302 (CAN\$ 2.775.000). Bajo el Subsidio (Grant) US\$ 712.227 fueron recibidos (CAN\$ 840.00), en octubre 2005.

La meta del PCPCD es contribuir a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles que producen la mayor carga de morbilidad y mortalidad entre los niños, jóvenes y adultos en Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela.

El propósito del PCPCD es fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales de los países del proyecto encargadas de planificar, administrar y proporcionar programas sostenibles, integrales y con un enfoque de género para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles más prevalentes que causan el mayor número de defunciones e incapacidad. Los objetivos son los siguientes:

1. Se han elaborado e implementado programas receptivos con un enfoque de género y recursos adecuados con respecto a las enfermedades transmisibles prioritarias en los países del proyecto.
2. Mayor cantidad y capacidad de recursos humanos para realizar actividades de prevención y control a los niveles locales, departamentales y nacionales.
3. Mayor capacidad de las instituciones nacionales para tener acceso a comprometer los recursos internos y externos para la implementación de sus estrategias para la reducción de enfermedades transmisibles.
4. Mejor participación comunitaria en la implementación de planes de acción sostenibles para la prevención y control a nivel local.

Los resultados esperados (productos) de los países y los componentes por enfermedades que serán incluidos en la Evaluación de Medio Término se muestran en el Anexo A.

## **2.0 Justificación**

El PCPCD ha sido seleccionado para ser evaluado ya que está en la mitad de su ejecución, por lo que merece un análisis para asegurar que esté logrando sus resultados esperados y objetivos. La Evaluación de Medio Término es también oportuna ya que el proyecto ha cambiado recientemente su acuerdo legal, de Contribución a Subsidio (Grant), y debe suministrar información pertinente para orientar las prioridades de programación durante los años restantes del proyecto.

La Evaluación de Medio Término del PCPCD se llevará a cabo en Paraguay y Perú ya que estos países tienen la mayoría de los componentes de enfermedades del proyecto y han recibido la mayoría del financiamiento hasta la fecha.

### 3.0 Alcance y objetivo

El objetivo de la Evaluación de Medio Término es evaluar el progreso logrado hacia cada objetivo (outcome statements) y resultado esperado en áreas seleccionadas del proyecto en Paraguay y Perú y, si fuese necesario, formular recomendaciones para mejorar la ejecución del mismo en colaboración con las contrapartes nacionales.

Además, la evaluación va a:

- Examinar los resultados esperados e indicadores según han sido enumerados en el Marco Lógico (LFA) del proyecto para determinar si requieren reorientación y/o revisión basada en el estado actual de la implementación y las necesidades a nivel de país.
- Identificar los retos para la ejecución así como las lecciones aprendidas y los resultados no intencionales obtenidos durante su ejecución.
- Determinar las prioridades de programación de cada componente del proyecto que serán incluidas en los próximos planes de trabajo.
- Evaluar la factibilidad de elaborar un sub-proyecto para ampliar el programa de salud integrado del departamento de Boquerón en el Paraguay, y para desarrollar su propio resultado esperado(s) e indicador(es).

La evaluación también se concentrará en los siguientes temas en el análisis del progreso en la obtención de los resultados esperados:

*Relevancia:* ¿Es el PCPCD compatible con las necesidades y las prioridades de los beneficiarios objeto en los países?

*Socios:* ¿Hay participación activa de los socios de los países en el diseño, implementación y monitoreo del PCPCD?

*Sostenibilidad:* ¿Hay alguna indicación de que los resultados logrados continuarán después del finalizado del PCPCD?

*Eficiencia y la eficacia:* ¿Es la gerencia del PCPCD eficaz y eficiente a nivel regional y de país?

*Igualdad de género:* ¿En qué medida ha contribuido el PCPCD en avances en la igualdad de género?

### 4.0 Roles y responsabilidades

La Evaluación de Medio Término será realizada por un equipo externo de evaluación compuesto por: a) dos consultores con antecedentes médicos y/o de salud pública y experiencia en LAC, uno de los cuales funcionará como líder del equipo, b) los asesores regionales de la OPS de cada uno

de las enfermedades incluidas en el proyecto, y c) la coordinadora del proyecto de la OPS y la administradora participarán como técnicas. ACIDI-CIDA desempeñará el papel de observador y donante.

**Responsabilidad de la OPS:**

- Coordinación de la Evaluación de Medio Término incluyendo la selección del equipo de evaluación y la logística. Las oficinas de la OPS en Paraguay y Perú coordinarán los arreglos logísticos basados en los objetivos de la Evaluación.
- Orientación en toda su ejecución
- Aprobación de los materiales producidos
- Coordinación con ACIDI-CIDA

**El equipo de evaluación será responsable por:**

- Realizar la evaluación
- Informar a la OPS sobre el progreso
- Producir los materiales/ productos según los arreglos del contrato

**5.0 Metodología de la evaluación**

El equipo de evaluación realizará, pero no estará limitado a, las siguientes actividades:

(1) Finalizar el plan de trabajo de la evaluación en colaboración con la OPS

(2) Ejecutar el plan de trabajo que incluirá:

- (a) Revisar los documentos del proyecto e informes relevantes
- (b) Entrevistas con los miembros del equipo del proyecto incluyendo las autoridades nacionales
- (c) Efectuar visitas a las áreas seleccionadas del proyecto para:
  - Hacer entrevistas los beneficiarios claves del proyecto (por ejemplo, miembros de la comunidad, personal del Ministerio de Salud)
  - Visitar las actividades del proyecto
  - Recopilar información relevante basada en los objetivos de la evaluación

(3) Preparar un informe final de evaluación



## **6.0 Productos**

Hay dos productos de la Evaluación de Medio Término: (1) plan de trabajo de la evaluación, y (2) un informe de la evaluación.

Estos materiales producidos deberán ser:

- En español
- Presentado a la OPS electrónicamente a través de correo electrónico y en disquete en Microsoft Word/Excel
- Presentado en formato impreso (10 copias)

El informe de evaluación incluirá las siguientes secciones:

- Resumen ejecutivo de no más de cinco páginas
- Metodología de la evaluación usada para la Evaluación de Medio Término
- Conclusiones y resultados del análisis basados en los objetivos de la Evaluación de Medio Término
- Recomendaciones para mejorar el desempeño del PCPCD incluyendo recomendaciones generales y recomendaciones específicas por cada componente de enfermedad
- Lecciones aprendidas de la ejecución del PCPCD hasta la fecha
- El informe deberá ser entregado 30 días después de terminada la misión: el **31 de marzo de 2006**

### Anexo A: Componentes de proyecto y resultados esperados (evaluación de medio término)

Pais	Componente	Resultado Esperados
<b>PARAGUAY</b>		
	Enfermedad de Chagas	<b>RE1:</b> Se ha establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triatominos con la participación de la comunidad.
	AIEPI	<b>RE1:</b> Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia AIEPI en las áreas beneficiadas del proyecto. <b>RE2:</b> Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y los Departamentos de Caazapá, Itapúa y Boquerón se han beneficiado de la estrategia AIEPI. <b>RE3:</b> AIEPI ha sido aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería, y salud pública) en las áreas objeto del proyecto..
	Infecciones de transmisión sexual	<b>RE1:</b> Se ha fortalecido la gerencia y desarrollo del programa ITS para ampliar el enfoque de la prevención y control de las ITS, con énfasis en sífilis congénita y temas de género. <b>RE2:</b> Se ha ampliado la cobertura y diagnóstico del tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas. <b>RE3:</b> Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporará actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores comportamiento, de género y sociodemográficos.
	Programa integrado de Boquerón	Se habrá evaluado la factibilidad de la estrategia del programa integrado de Boquerón para determinar si debería ser ampliado y/o elaborada como un subproyecto por el Chaco Central.
<b>PERU</b>		
	Enfermedad de Chagas	<b>RE1:</b> El vector habrá sido eliminado en las viviendas y peri domicilio mediante desinsectación y se habrá instalado un sistema de vigilancia entomológica post-rociado con la participación de hombres y mujeres de las comunidades en Arequipa y Moquegua.
	AIEPI	<b>RE1:</b> Se ha creado condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias objeto (Cusco, Huancavelica y Apurímac). <b>RE2:</b> Los servicios de salud del área objetivo (Cusco, Huancavelica y Apurímac) que atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI. <b>RE3:</b> AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto. <b>RE4:</b> Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.

## ANEXO 5: DOCUMENTACIÓN REVISADA

1. Terms of Reference Midterm Review CIDA/PAHO Prevention and Control of Priority Communicable Disease Program (February-March 2006).
2. Instrucciones para la preparación de la evaluación de medio término en cada uno de los países objeto del PCPCD financiado por CIDA (Paraguay y Perú), diciembre 2005.
3. Plan de trabajo de la evaluación de Medio Término: Borrador, 11 enero 2006.
4. Project Implementation Plan, Revised version: 30 April 2003.
5. Informe Final. Visita de Monitoreo a Lima, Arequipa, Moquegua (11-15 julio 2005) Proyecto de Eliminación del Triatoma Infestans.
6. Evaluación del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas de Paraguay (1 al 5 agosto 2005), Asunción, Cordillera y Paraguari, Paraguay.
7. Informe de la visita de Monitoreo en Asunción, Boquerón, Itapúa, Paraguay (8 al 12 agosto 2005).
8. Informe de la visita de Monitoreo Cusco, Apurimac, Huancavelica, Perú (3 al 7 octubre 2005).
9. Workplan for Project Year 3, 1 April 2004 – 31 March 2005.
10. Workplan for Project Year 4, 1 April 2005 – 31 March 2006.
11. Semi-Annual Narrative Report - Year 3, 1 Oct 2004 – 31 March 2005.
12. Semi-Annual Narrative Report - Year 3, 1 April 2004 – 30 September 2004.
13. Semi-Annual Narrative Report - Year 4, 1 April 2005 – 30 September 2005.
14. PAHO Travel Report Summary Sheet. Viaje de Dionne Patz a Lima y Cusco del 3 – 8 oct 2005.
15. AIEPI en el Perú: Situación y Perspectivas de la Estrategia. Presentación de Dr. Carlos Urbano Durand.
16. Plan de Emergencia Infantil 2004-2005, Región Cusco, Perú.
17. Numero y ubicación de los dispensarios y comunidades parte del proyecto de Atención Integral a comunidades indígenas del chaco paraguayo, marzo 2005.
18. Guía para la Atención de la Salud Integral e la Niñez, Adolescencia y Madre Embarazada, Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social de Paraguay, 2005.
19. Tratamiento de Enfermedades Prevalentes Graves de la Infancia; Guía Básica para el nivel de referencia hospitalaria, Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social de Paraguay, 2005.
20. Manual para Lideres Comunitarios, Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, Ministerio de salud Publica y Bienestar Social, SENEPA, Paraguay, 2005.
21. Proyecto de Desarrollo de Atención Primaria de Salud e Interculturalidad en Pueblos Indígenas del Departamento de Boquerón (Chaco Paraguayo), enero 2006.
22. Acuerdo entre el Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social – XII Región Sanitaria – Boquerón, y la Gobernación del Departamento de Boquerón, para la Implementación del Proyecto de Desarrollo de Atención Primaria de Salud e Interculturalidad en Pueblos Indígenas del Departamento de Boquerón (Chaco Paraguayo), firmado el 7 febrero 2006.
23. Informe, Proyecto “Mesa Temática Género y Salud”.

**ANEXO 6: COMPROMISOS NACIONALES DE LOS PAÍSES (PCPCD)**

Marco Lógico del proyecto de ACDI-CIDA Canadá: Paraguay

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>PARAGUAY/AIEPI</b>			
1. Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia AIEPI en las áreas beneficiadas del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI (meta=100%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de seguimiento y evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La voluntad política y capacidad técnica para coordinar.</li> <li>El compromiso institucional.</li> </ul>
2. Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y los Departamentos de Caazapá, Itapúa y Boquerón se han beneficiado de la estrategia AIEPI para fines de marzo del 2006.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de los servicios de salud pública en las áreas del proyecto que se aplica la estrategia de AIEPI (marzo 2006):</li> <li>50% area marginal de Asunción.</li> <li>60% Caazapá.</li> <li>50% Itapúa.</li> <li>50% Boquerón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de seguimiento y evaluación.</li> <li>Registros de salud en los servicios de salud participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituciones participantes proporcionan recursos técnicos y financieros para elaborar un plan.</li> <li>Las autoridades regionales políticas y técnicas interesadas y comprometidas al plan.</li> <li>La participación social.</li> </ul>
3. AIEPI ha sido aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería, y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia de AIEPI en sus programas de estudios académicos (meta=12).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de seguimiento y evaluación.</li> <li>Programa de estudio del curso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voluntad política.</li> <li>Capacidad de gestión de coordinar los procesos.</li> <li>Coordinación intersectorial.</li> <li>Recursos disponibles.</li> </ul>
<b>PARAGUAY/CHAGAS</b>			
1. Se ha establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triátominos con la participación de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de equipos técnicos de vigilancia establecido y capacitado en las áreas del proyecto (meta=3).</li> <li>Número de notificaciones de la comunidad, de los líderes y escuelas sobre la presencia de triátominos (línea de base y meta a determinar) que fue atendida por el centro de denuncias y los sectores del SENEP.</li> <li>Número de líderes comunitarios y de escuelas de las comunidades del proyecto que participa en actividades de vigilancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes nacionales de los sistemas de vigilancia del país.</li> <li>Informes de registro de triátominos.</li> <li>Los informes de monitoreo de proyectos y de los líderes de la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las autoridades nacionales aceptan y apoyan la estrategia de vigilancia propuesta como medios para reducir la transmisión por vector de la enfermedad de Chagas.</li> <li>Se mantiene la descentralización de la vigilancia.</li> <li>Participación activa de los líderes de la comunidad.</li> <li>Se mantiene el apoyo institucional del sector de la salud a todos los niveles, así como el de las instituciones religiosas y las ONGs.</li> </ul>

PARAGUAY/ITS			
<p>1. Se ha fortalecido la gerencia y desarrollo del programa ITS para ampliar el enfoque de la prevención y control de las ITS, con énfasis en sífilis congénita y temas de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de unidades de salud en cada región sanitaria que está implementando el enfoque de atención sindrómico (meta=95%).</li> <li>• Proporción de proveedores capacitados que diagnostica y trata a hombres y mujeres de acuerdo con las normas establecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS (2001 – 2004).</li> <li>• Informes de progreso, evaluaciones y visitas de cooperación técnica.</li> <li>• Datos estadísticos de hospital y laboratorio.</li> <li>• Datos estadísticos de las clínicas de la salud.</li> <li>• Plan de adiestramiento.</li> <li>• Manuales de adiestramiento.</li> <li>• Informes-evaluación de las actividades de adiestramientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos disponibles.</li> <li>• Asignación de los fondos adecuados.</li> <li>• Disponibilidad de los fondos.</li> <li>• Colaboración estrecha entre los programas de TB y VIH/SIDA.</li> <li>• Apoyo político sostenible para tratar con temas delicados, como las ITS, la sexualidad de los adolescentes, el estigma, etc.</li> </ul> <p><u>Contraparte nacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional en cargado de las ITS.</li> <li>• Reactivos, laboratorios.</li> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Facilitar en las regiones el tiempo y los sitios de lugares para el adiestramiento.</li> <li>• Medios del transporte a las regiones y combustible.</li> </ul>
<p>2. Se ha ampliado la cobertura y diagnostico del tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de embarazadas que acude a los servicios de atención prenatal que recibe la prueba VDRL y tratamiento (meta=100%).</li> <li>• Proporción de casos de sífilis notificada en mujeres embarazadas (prevalencia).</li> <li>• Número de laboratorios periféricos que realiza la prueba de sífilis con garantía de calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de diagnóstico de laboratorio para las ITS.</li> <li>• Informes periódicos del laboratorio de referencia nacional.</li> <li>• Base de datos de laboratorio.</li> <li>• Notificaciones de casos.</li> <li>• Datos estadísticos de hospital y laboratorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridades sanitarias en las regiones proporcionan tiempo y sitios para las actividades de adiestramiento.</li> </ul> <p><u>Contraparte nacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos de laboratorio para las ITS, desde año 3.</li> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Logísticas.</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Facilitar en las regiones el tiempo y los sitios de lugares para el adiestramiento.</li> <li>• Medios del transporte a las regiones y combustible.</li> </ul>
<p>3. Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporará actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores comportamiento, de género y sociodemográficos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos epidemiológicos por factores sociodemográficos y de comportamiento, incluyendo edad y sexo, están disponibles para la toma de decisiones y asignación de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de estrategia nacional de la vigilancia de ITS.</li> <li>• Diagnóstico inicial y progreso del sistema de vigilancia de ITS.</li> <li>• Normas y materiales de adiestramiento.</li> <li>• Los boletines epidemiológicos regulares, los informes anuales.</li> <li>• Otras publicaciones, los datos presentados a los congresos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos disponibles.</li> <li>• Presupuesto regular asignado a las actividades de vigilancia.</li> <li>• Colaboración estrecha entre el Programa nacional de SIDA/ITS y la Oficina del Director de la Epidemiología.</li> </ul> <p><u>Contraparte nacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiólogos.</li> <li>• Desarrollo de manual de adiestramiento.</li> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Reactivos.</li> <li>• Vehículo y combustible.</li> </ul>

## Marco Lógico del proyecto de ACIDI-CIDA Canadá: Perú

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>PERU/AIEPI</b>			
1. Se han creado condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias objeto (Cusco, Huancavelica y Apurímac).	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI para la atención de salud en la niñez (meta=100%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Material impreso y disponible.</li> <li>Informes de las visitas de seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo sostenido de las autoridades nacionales.</li> <li>Disponibilidad oportuna de los recursos.</li> <li>Taller sobre la validación del componente neonatal realizado a octubre del 2002.</li> <li>Se preparó anualmente un plan de operación de AIEPI desde el 2003.</li> </ul>
2. Los servicios de salud del área objetivo (Cusco, Huancavelica y Apurímac) que atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de los servicios de salud que aplica la estrategia AIEPI y que tiene los medicamentos necesarios y esenciales (meta=100%).</li> <li>Número de niños menores de 2 años de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que tiene el esquema de vacunación completa (meta=95%).</li> <li>Proporción de niños menores de 1 año de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que ha iniciado la alimentación complementaria adecuada para su edad (mayor que 6 meses de edad) (meta=80%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes del seguimiento y visitas de supervisión.</li> <li>Informe final de la evaluación de AIEPI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemas de Información sanitaria en operación en Cusco, Huancavelica y Apurímac.</li> <li>AIEPI comunitario fortalecida en estos departamentos por otros socios (ONGs, UNICEF, OPS Universidades).</li> <li>Ministerio de salud garantiza la provisión de los medicamentos e insumos.</li> </ul>
3. AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia AIEPI en su programa de estudios académicos (N=8).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa de estudio de los cursos.</li> <li>Los registros oficiales de las universidades y escuelas de las áreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voluntad política.</li> <li>Colaboración intersectorial.</li> <li>Recursos disponibles.</li> </ul>
4. Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de los servicios de salud que se aplica la estrategia AIEPI que reciba dos visitas de supervisión por año (meta=100%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos de la supervisión y el monitoreo publicados.</li> <li>Informes de las visitas supervisoras.</li> <li>Informes de evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un representante de cada dirección de salud que participa en el proyecto participa en la evaluación anual.</li> </ul>
<b>PERU/CHAGAS</b>			
1. El vector habrá sido eliminado en las viviendas y peri domicilio mediante desinsectación y se habrá instalado un sistema de vigilancia entomológica post-rociado con la participación de hombres y mujeres de las comunidades de Arequipa y Moquegua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de las viviendas desinsectada hasta el fin de proyecto (meta=100%):</li> </ul> <p>Arequipa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N = 18.000.</li> </ul> <p>Moquegua:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N=3.000.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación anual de la Iniciativa del Cono Sur.</li> <li>Informes de evaluaciones regionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los insecticidas se obtienen a través del sistema de adquisiciones de la OPS a los precios preferenciales.</li> <li>El Ministerio de Salud mantiene su compromiso financiero y político de asegurar las operaciones del proyecto.</li> </ul>

## ANEXO 7: MARCO LÓGICO DEL PROYECTO EN PARAGUAY

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>PARAGUAY/AIEPI</b>			
1. Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia AIEPI en las áreas beneficiadas del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI (meta=100%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de seguimiento y evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La voluntad política y capacidad técnica para coordinar.</li> <li>El compromiso institucional.</li> </ul>
2. Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y los Departamentos de Caazapá, Itapúa y Boquerón se han beneficiado de la estrategia AIEPI para fines de marzo del 2006.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de los servicios de salud publica en las áreas del proyecto que se aplica la estrategia de AIEPI (por el marzo 2006):</li> <li>50% area marginal de Asunción.</li> <li>60% Caazapá.</li> <li>50% Itapúa.</li> <li>50% Boquerón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de seguimiento y evaluación.</li> <li>Registros de salud en los servicios de salud participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituciones participantes proporcionan recursos técnicos y financieros para elaborar un plan.</li> <li>Las autoridades regionales políticas y técnicas interesadas y comprometidas al plan.</li> <li>La participación social.</li> </ul>
3. AIEPI ha sido aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería, y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia de AIEPI en sus programas de estudios académicos (meta=12).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de seguimiento y evaluación.</li> <li>Programa de estudio del curso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voluntad política.</li> <li>Capacidad de gestión de coordinar los procesos.</li> <li>Coordinación intersectorial.</li> <li>Recursos disponibles.</li> </ul>
<b>PARAGUAY/CHAGAS</b>			
1. Se ha establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triatóminos con la participación de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de equipos técnicos de vigilancia establecido y capacitado en las áreas del proyecto (meta=3).</li> <li>Número de notificaciones de la comunidad, de los líderes y escuelas sobre la presencia de triatóminos (línea de base y meta a determinar) que fue atendida por el centro de denuncias y los sectores del SENEPA.</li> <li>Número de líderes comunitarios y de escuelas de las comunidades del proyecto que participa en actividades de vigilancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes nacionales de los sistemas de vigilancia del país.</li> <li>Informes de registro de triatóminos.</li> <li>Los informes de monitoreo de proyectos y de los líderes de la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las autoridades nacionales aceptan y apoyan la estrategia de vigilancia propuesta como medios para reducir la transmisión por vector de la enfermedad de Chagas.</li> <li>Se mantiene la descentralización de la vigilancia.</li> <li>Participación activa de los líderes de la comunidad.</li> <li>Se mantiene el apoyo institucional del sector de la salud a todos los niveles, así como el de las instituciones religiosas y las ONGs.</li> </ul>

PARAGUAY/ITS			
<p>1. Se ha fortalecido la gerencia y desarrollo del programa ITS para ampliar el enfoque de la prevención y control de las ITS, con énfasis en sífilis congénita y temas de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de unidades de salud en cada región sanitaria que está implementando el enfoque de atención sindrómico (meta=95%).</li> <li>• Proporción de proveedores capacitados que diagnostica y trata a hombres y mujeres de acuerdo con las normas establecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS (2001 – 2004).</li> <li>• Informes de progreso, evaluaciones y visitas de cooperación técnica.</li> <li>• Datos estadísticos de hospital y laboratorio.</li> <li>• Datos estadísticos de las clínicas de la salud.</li> <li>• Plan de adiestramiento.</li> <li>• Manuales de adiestramiento.</li> <li>• Informes-evaluación de las actividades de adiestramientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos disponibles.</li> <li>• Asignación de los fondos adecuados.</li> <li>• Disponibilidad de los fondos.</li> <li>• Colaboración estrecha entre los programas de TB y VIH/SIDA.</li> <li>• Apoyo político sostenible para tratar con temas delicados, como las ITS, la sexualidad de los adolescentes, el estigma, etc.</li> </ul> <p><u>Contraparte nacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional en cargo de las ITS.</li> <li>• Reactivos, laboratorios.</li> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Facilitar en las regiones el tiempo y los sitios de lugares para el adiestramiento.</li> <li>• Medios del transporte a las regiones y combustible.</li> </ul>
<p>2. Se ha ampliado la cobertura y diagnóstico del tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de embarazadas que acude a los servicios de atención prenatal que recibe la prueba VDRL y tratamiento (meta=100%).</li> <li>• Proporción de casos de sífilis notificada en mujeres embarazadas (prevalencia).</li> <li>• Número de laboratorios periféricos que realiza la prueba de sífilis con garantía de calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de diagnóstico de laboratorio para las ITS.</li> <li>• Informes periódicos del laboratorio de referencia nacional.</li> <li>• Base de datos de laboratorio.</li> <li>• Notificaciones de casos.</li> <li>• Datos estadísticos de hospital y laboratorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridades sanitarias en las regiones proporcionan tiempo y sitios para las actividades de adiestramiento.</li> </ul> <p><u>Contraparte nacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos de laboratorio para las ITS, desde año 3.</li> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Logísticas.</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Facilitar en las regiones el tiempo y los sitios de lugares para el adiestramiento.</li> <li>• Medios del transporte a las regiones y combustible.</li> </ul>
<p>3. Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporará actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores comportamiento, de género y sociodemográficos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos epidemiológicos por factores sociodemográficos y de comportamiento, incluyendo edad y sexo, están disponibles para la toma de decisiones y asignación de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de estrategia nacional de la vigilancia de ITS.</li> <li>• Diagnóstico inicial y progreso del sistema de vigilancia de ITS.</li> <li>• Normas y materiales de adiestramiento.</li> <li>• Los boletines epidemiológicos regulares, los informes anuales.</li> <li>• Otras publicaciones, los datos presentados a los congresos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos disponibles.</li> <li>• Presupuesto regular asignado a las actividades de vigilancia.</li> <li>• Colaboración estrecha entre el Programa nacional de SIDA/ITS y la Oficina del Director de la Epidemiología.</li> </ul> <p><u>Contraparte nacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiólogos.</li> <li>• Desarrollo de manual de adiestramiento.</li> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Reactivos.</li> <li>• Vehículo y combustible.</li> </ul>



## ANEXO 8: PARTICIPANTES NACIONALES Y AGENDA DE TRABAJO - PARAGUAY

Evaluación de Medio Término  
Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles  
Prioritarias financiado por CIDA-Canadá

13 al 21 de febrero de 2006  
Asunción – Paraguay

### Agenda tentativa

#### **Lunes 13 de febrero**

---

08:00	Saludos a la PWR
08:30	Reunión entre los integrantes de la misión. Objetivo: Realizar ajustes a la agenda. División de grupos. Aspectos logísticos. Instrumentos a ser utilizados.
09:30	Reunión con las contrapartes nacionales. Objetivo: Presentación de la Metodología de trabajo y Presentación de la situación del proyecto según cada componente incluyendo género.
	<b>Local:</b> Salón Seneperos de la OPS-PAR
10:00	Presentación de la Situación general del país. Dr. Roberto Dullack, Vice Ministro de la Salud
10:15	Preguntas/Respuestas
<b>10:30</b>	<b>Receso</b>
10:45	Situación del <b>componente ITS</b>
11:30	Preguntas/Comentarios
11:15	Situación del <b>componente Chagas</b>
12:30	Preguntas/Comentarios
12:45	<b>Almuerzo</b>
13:30	Situación del <b>componente AIEPI</b>
14:15	Preguntas/Comentarios
14:30	Situación del proyecto de <b>Atención Integral en comunidades indígenas</b> del chaco paraguayo.
15:15	Preguntas/Comentarios
15:30	Breve informe sobre la incorporación del enfoque de género en los proyectos.
16:00	<b>Receso</b>
16:15	Informe sobre la Estrategia de Gestión Integrada para Dengue
16:45	Informe sobre el componente Tuberculosis
17:30	<b>Comentarios finales</b>
18:00	Fin de la sesión

---

**Martes 14 de febrero (Chagas e ITS)**

---

- 08:00 Entrevista con autoridades del departamento de Cordillera.  
09:30 Visita a servicios de salud seleccionados de 2-3 distritos.  
**Chagas:** Tobatí-Eusebio Ayala-Caraguatay  
**ITS:** Eusebio Ayala y Caraguatay (actividad a realizarse durante la mañana y la tarde)  
13:00 Chagas: Visita a la Zona del Senepa. Incluido entrevista con líderes  
15:00 Chagas Visita a una Escuela de la Zona.  
17:00 **Fin de la visita**

---

**Miércoles 15 de febrero (Chagas e ITS)**

---

- 08:00 Entrevista con autoridades del departamento de Paraguarí  
09:30 Visita a servicios de salud seleccionados de 2-3 distritos.  
**Chagas:** Yaguarón, Paraguarí, Carepegua, Piribebuy  
**ITS (Cordillera):** Tobatí y Arroyos y Esteros (actividad a realizarse en la mañana y la tarde)  
13:00 **Chagas:** Visita a la Zona del Senepa. Incluido entrevista con líderes  
15:00 **Chagas:** Visita a una Escuela de la Zona.  
**Salida para Caazapá del Grupo de AIEPI**  
17:00 **Fin de la visita**

---

**Jueves 16 de febrero (AIEPI)**

---

- 08:00 Entrevista con autoridades del departamento de Caazapá  
09:30 Visita a servicios de salud seleccionados: Cabayu Reta  
13:00 Visita a servicios de salud seleccionados: Yuty y actividades comunitarias en una compañía de Yuty  
16:00 **Salida para Encarnación**

---

**ITS**

---

- 08:00 Evaluación en el Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS. Componente Vigilancia  
16:00 **Fin de la sesión**

---

**Viernes 17 de febrero (AIEPI)**

---

- 08:00 Visita a servicio de salud de Natalio y actividades comunitarias en Triunfo 1  
13:00 Entrevista con autoridades del departamento de Itapúa  
15:00 **Salida para la capital**

**(CHAGAS)**

---

- 08:00 Visita al departamento de Entomología y Sistema de Registro de notificaciones del Servicio nacional de Control de vectores
- 13:00 **Almuerzo**
- 14:00 Sesión de Trabajo con el *petit* Comité Nacional de la Estrategia de Gestión Integrada para el control del dengue
- 16:30 **Fin de la Sesión**

**Domingo 19 de febrero (Chaco paraguayo)**

---

- 08:30 Salida para Filadelfia
- 13:30 **Almuerzo en Filadelfia**
- 15:00 Presentación del proyecto de Desarrollo de la Atención Primaria de Salud con enfoque multicultural en comunidades del Chaco Paraguayo

**Lunes 20 de febrero (Chaco paraguayo)**

---

- 07:00 Saludos a las autoridades departamentales
- 08:00 Grupo 1: Visita al Puesto de Tunucuhai  
Grupo 2: Visita al Puesto de salud de Campo Loa
- 14:00 Visita al Puesto de Laguna Negra
- 15:00 **Salida para la capital**

**Martes 21 de febrero (Elaboración del Informe preliminar)**

---

- 08:00 Revisión de los resultados con los diferentes componentes  
**Local:** Salón Cristal I y II. Hotel Crowne Plaza
- 12:30 **Almuerzo**
- 16:00 Entrevista con autoridades de Salud y jefes de programas y estrategias del proyecto para presentación de los resultados preliminares de la evaluación

Evaluación de Medio Término  
Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles  
Prioritarias financiado por CIDA-Canadá

13 al 21 de febrero de 2006

Asunción – Paraguay

**Lista de Participantes**

**EQUIPO DE EVALUADORES**

Dr. Oriol Ramis, Consultor de la OPS, Equipo de Evaluadores.

Dr. Clovis Tigre, Consultor de la OPS, Equipo de Evaluadores.

**PARTICIPANTES NACIONALES**

**AIEPI**

Elsa Paredes Battaglia, Directora de la Dirección Integral de la Niñez y la Adolescencia.

Mercedes Portillo, Jefa de la Dirección de la Niñez.

Gladis Ramírez, Salud Integral de la Niñez.

**CHAGAS**

Graciela Russomando, Jefa del Programa de Chagas.

Oswaldo Vázquez, Coordinador del proyecto CIDA-Canadá en el SENEPA.

Carlos Guido, Funcionario del Programa de Chagas.

Humberto Recalde, Director del SENEPA.

**ITS**

Gloria Aguilar, Jefa del Programa de ITS.

Nicolás Aguayo, Jefe del Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS.

Zully Suárez, Funcionaria del Programa de ITS.

Aidé Ramírez, Jefa de Programas de la Región Sanitaria de Cordillera.

**BOQUERÓN**

Lucía Terol, Directora de la Región Sanitaria de Boquerón.

Gertrudis Hiebert, Secretaria de Salud de la Gobernación de Boquerón.

Jorge Servín, Antropólogo del Programa Integrado.

## **GÉNERO**

Sra. María José Argaña, Ministra de la Secretaria de la Mujer.

## **PARTICIPANTES DE LA OPS**

Dr. Chris Drasbek, Asesor Regional, AIEPI, Salud del Niño y Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria.

Dr. Roberto Montoya, Coordinador Técnico Proyecto RAVREDA, Control de Enfermedades Transmisibles, Área de Prevención y Control de Enfermedades.

Dra. Paloma Cuchi, Asesor Regional, VIH, OPS/ONUSIDA, Área de Salud Familiar y Comunitaria.

Dionne Patz, Coordinadora Proyecto de CIDA Canadá, Control de Enfermedades Transmisibles, Área de Prevención y Control de Enfermedades.

Gloria Morales, Administradora, Área de Prevención y Control de Enfermedades.

Bernardo Sánchez, Salud Familiar y Comunitaria, PWR-PAR.

Marcia Moreira, Epidemióloga de la Representación, PWR-PAR.

María Almirón, Enfermedades Transmisibles, PWR-PAR.

## **PARTICIPANTE DE ACDI/CIDA Canadá – OBSERVADOR**

Sr. Gérald Le François, Agente de Desarrollo Principal, Programa Interamericano, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional.

**ANEXO 9: LOGROS Y OBSTÁCULOS DEL PROYECTO EN PARAGUAY**

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
<b>Componente: AIEPI</b>				
<b>Objetivos (outcome statements)</b>				
1.0 Se han elaborado e implementado programas receptivos con un enfoque de género y recursos adecuados con respecto a las enfermedades transmisibles prioritarias en los países del proyecto.	<p>1.1 Los países participantes elaboran planes de acción de enfermedades transmisibles adaptados a las necesidades de los grupos de población beneficiada del proyecto.</p> <p>1.2 Los países participantes incorporan un enfoque de género para la prevención y control de las enfermedades transmisibles prioritarias.</p>	<p>Existe una estrategia nacional para la niñez.</p> <p>AIEPI ha incluido o integrado género en la elaboración de los documentos de la estrategia incluir también hombres (los padres) en la documentación.</p> <p>Se realizaron actividades en el departamento de Pdte. Hayes y se elaboraron propuestas en relación al mejoramiento del programa de salud regional incorporando el enfoque de género.</p>	<p>El reto es elaborar planes a niveles departamentales y locales.</p> <p>Los recursos financieros asignados a nivel central y departamental aun no son adecuados para asegurar la sostenibilidad de la implementación de acciones de acciones en salud materno-infantil.</p>	<p>Todos los responsables a nivel nacional han participado en capacitación en los conceptos de género: sexo y género; roles de género; acceso y control sobre los recursos; estereotipos de planificación; influencia de sexo y género en los perfiles de salud de hombres y mujeres, abordajes prácticos y estratégicos de género, proceso de empoderamiento y un análisis de sus respectivos programas y propuestas de cómo incorporar la perspectiva de género elaboradas por los mismos participantes.</p>
2.0 Mayor capacidad de las instituciones nacionales de tener acceso o comprometer recursos internos y externos para la implementación de sus estrategias para la reducción de enfermedades transmisibles.	<p>2.1 Número de propuestas elaboradas para responder a las oportunidades de financiamiento (FMSTM y otras iniciativas).</p> <p>2.3 Análisis y promoción de recursos costo-efectivos para la implementación de las estrategias de reducción de enfermedades transmisibles objeto del proyecto.</p>	<p>Fueron elaboradas diferentes propuestas tanto para la expansión del AIEPI a diversas áreas como para la incorporación de componentes de AIEPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Propuesta al BID:</i> para las 18 Regiones Sanitarias en el componente clínico y de provisión de medicamentos esenciales. Propuesta aceptada únicamente para la provisión de medicamentos (solo 8 medicamentos).</li> <li>• <i>Banco Mundial:</i> para 7 regiones</li> </ul>		

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
		<p>sanitarias del país. propuesta presentada. Pendiente aprobación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Plan Internacional:</i> para el componente comunitario de AIEPI en algunos distritos de dos regiones sanitarias (Caaguazú y San Pedro). Propuesta aceptada.</li> <li>• <i>Fundación de NNUU:</i> para el componente comunitario en 4 Regiones Sanitarias (Alto Paraná,,Caaguazú, Canendiyú y San Pedro). Aceptado para financiación. A ser implementado desde abril 2006-marzo 2007.</li> </ul> <p>El PCPCD (gerencia) ha estado haciendo abogacía para el uso de recursos (técnicos y humanos) de la manera que sea más costo efectivo.</p>		
<b>Resultados Esperados</b>				
<p><b>RE1:</b> Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia AIEPI en las áreas beneficiadas por el proyecto.</p>	<p>La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI (meta=100%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Revisión y actualización de materiales de capacitación</li> <li>◦ Incorporación de AIEPI neonatal.</li> <li>◦ Incorporación de nueva metodología para seguimiento y monitoreo. Nuevos instrumentos</li> <li>◦ Fortalecimiento de alianzas con instituciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Buscar mayor sostenibilidad de los procesos (Regiones).</li> <li>◦ Falta de materiales audiovisuales: Video, CDs</li> <li>◦ Un reto: lograr las condiciones reglamentarias, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia en todos los lservicios de salud del proyecto.</li> </ul>	

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
<p><b>RE2:</b> Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y los Departamentos de Boquerón, Caazapá e Itapúa se han beneficiado de la estrategia AIEPI.</p>	<p>La proporción de los servicios de salud pública en las áreas del proyecto que se aplica la estrategia de AIEPI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Capacidades técnicas de facilitadores y recursos humanos que atienden niños y niñas mejoradas.</li> <li>◦ Inicio del proceso de incorporación de AIEPI comunitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Supervisión periódica a todos los servicios que aplican la estrategia AIEPI del nivel regional al local y del nivel central al regional.</li> <li>◦ Fortalecimiento y expansión de AIEPI comunitario en las cuatro regiones.</li> <li>◦ Vigilancia de la Mortalidad y de la Morbilidad neonatal.</li> </ul>	
<p><b>RE3:</b> Se ha fortalecido la incorporación de la estrategia AIEPI en los cursos de pre y postgrado en las escuelas de medicina, enfermería, y salud pública en las áreas del Proyecto.</p>	<p>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia de AIEPI en sus programas de estudios académicos (meta = 12).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Equipo conductor de apoyo permanente.</li> <li>◦ Definición de lineamientos para incorporación de la estrategia AIEPI en las escuelas.</li> <li>◦ Modelo de currículo de incorporación de AIEPI.</li> <li>◦ Plan de acción concertado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Formación de un equipo regular de Facilitadores.</li> <li>◦ Sostenibilidad en la logística.</li> <li>◦ Incorporación de la estrategia AIEPI en las instituciones formadoras de Salud Pública y Nutrición.</li> <li>◦ Incorporación de la estrategia AIEPI en las instituciones formadoras de niveles técnicos y auxiliares.</li> <li>◦ Incorporación de AIEPI en educación permanente.</li> <li>◦ Fortalecimiento de las regiones sanitarias de Alto Paraguay, Central y Pdte. Hayes.</li> </ul>	
<b>Componente: Chagas</b>				
<b>Objetivos (Outcome Statements)</b>				
<p>1.0 Se han elaborado e implementado programas receptivos con un enfoque de género y recursos adecuados con respecto a las enfermedades transmisibles prioritarias en los países del proyecto.</p>	<p>1.1 Los países participantes elaboran planes de acción de enfermedades transmisibles adaptados a las necesidades de los grupos de población beneficiada del proyecto.</p> <p>1.2 Los países participantes incorporan un enfoque de género para la prevención y control de las enfermedades transmisibles</p>	<p>El programa de Chagas tiene un plan nacional de prevención y control.</p> <p>El programa ha iniciado el análisis de género con respecto a la implementación de actividades programadas.</p>		<p>Todos los responsables a nivel nacional han participado en capacitación en los conceptos de género: sexo y género; roles de género; acceso y control sobre los recursos; estereotipos de planificación; influencia de sexo y género en los perfiles de salud de hombres y mujeres, abordajes prácticos y estratégicos de género,</p>



Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
	prioritarias.	Se realizaron actividades en el departamento de Pdte. Hayes y se elaboraron propuestas en relación al mejoramiento del programa de salud regional incorporando el enfoque de género.		proceso de empoderamiento y un análisis de sus respectivos programas y propuestas de cómo incorporar la perspectiva de género elaboradas por los mismos participantes.
<b>Resultados Esperados</b>				
<b>RE1:</b> Se ha establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triatóminos con la participación de la comunidad.	Número de equipos técnicos de vigilancia establecido y capacitado en las áreas de proyecto (meta=3).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los equipos técnicos departamentales se establecieron en el tercer año del proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los desafíos básicos para la continuidad y sostenibilidad de la vigilancia se concentran principalmente en:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El mantenimiento del interés y de la demanda social</li> <li>- En situaciones de baja densidad de los vectores y la enfermedad.</li> </ul> </li> </ul>	Se han implementado sistemas de detección, estudio y eliminación de focos de triatóminos a través de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación comunitaria.</li> <li>- Capacitación de líderes comunitarios.</li> <li>- Participación de escuelas en la “semana de Chagas”.</li> <li>- Vigilancia activa, vertical y por muestreo.</li> </ul>
	Número de notificaciones de la comunidad, de los líderes y escuelas sobre la presencia de triatóminos (línea de base y meta a determinar) que fue atendida por el centro de denuncias y los sectores de Senepa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Diseño de estrategias de seguimiento y monitoreo con tecnología apropiada.</li> <li>◦ Implementación de instrumentos de registro de denuncias y respuestas.</li> </ul>		En el año 2005, 797 notificaciones fueron recibidos de escuelas – 56 de T. infestans.  En el periodo de 2003 al 2005, denuncias por líderes de viviendas infestadas con triatóminos registradas y atendidas: Cordillera – 56 Paraguari – 113.
	Número de líderes comunitarios y de escuelas de las comunidades del proyecto que participa en actividades de vigilancia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Capacitación de autoridades distritales para integrar el equipo de vigilancia (servicios de salud, instituciones religiosas, municipalidad y ONGs).</li> <li>◦ Identificación y selección de líderes comunitarios en cada localidad.</li> <li>◦ Capacitación de líderes comunitarios en 39 distritos,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Un reto es la supervisión de actividades en terreno.</li> </ul>	1298 líderes comunitarios y 1061 escuelas están participando en actividades de vigilancia (octubre 2005).

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
		<p>Cordillera (20), Paraguari (17) y Concepción (2).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Preparación y validación de manuales de capacitación para las comunidades.</li> <li>◦ Se designa una semana en el calendario escolar como la Semana de la Enfermedad de Chagas, durante la cual se lleva a cabo una búsqueda activa de triatomos en cada casa.</li> <li>◦ Talleres para supervisores del Ministerio de Educación.</li> <li>◦ Talleres de capacitación y de evaluación para supervisores y directores de 2600 escuelas de los departamentos: Cordillera, Paraguari, Concepción, San Pedro, Guaira y un dpto. no endémico por año.</li> </ul>		
<b>Componente: ITS</b>				
<b>Objetivos (Outcome Statements)</b>				
<p>1.0 Se han elaborado e implementado programas receptivos con un enfoque de género y recursos adecuados con respecto a las enfermedades transmisibles prioritarias en los países del proyecto.</p>	<p>1.1 Los países participantes elaboran planes de acción de enfermedades transmisibles adaptados a las necesidades de los grupos de población beneficiada del proyecto.</p> <p>1.2 Los países participantes incorporan un enfoque de género para la prevención y control de las enfermedades transmisibles prioritarias.</p>	<p>El PRONASIDA esta en proceso de elaborar un plan de prevención y control para sífilis congénita y la transmisión vertical de VIH.</p> <p>El país tiene un plan nacional para la prevención y control de VIH/ITS.</p> <p>El concepto de género esta en el proceso de integración en la planificación de actividades del PRONASIDA.</p>	<p>Un reto es la disponibilidad de recursos humanos para realizar todas las acciones prioritarias, especialmente en el área de vigilancia.</p>	<p>Todos los responsables a nivel nacional han participado en capacitación en los conceptos de género: sexo y género; roles de género; acceso y control sobre los recursos; estereotipos de planificación; influencia de sexo y género en los perfiles de salud de hombres y mujeres, abordajes prácticos y estratégicos de género, proceso de empoderamiento y un análisis de sus respectivos</p>

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
		<p>Datos sobre género fue incorporado como parte del estudio basal epidemiológico de sífilis.</p> <p>Se realizaron dos mesas temáticas sobre género y salud con los temas de sífilis y su efecto en las Mujeres Paraguayas y el seguimiento a los compromisos asumidos en el Encuentro “Mujeres y Niñas Venciendo al VIH/SIDA”.</p> <p>Se realizaron actividades en el departamento de Pdte. Hayes y se elaboraron propuestas en relación al mejoramiento del programa de salud regional incorporando el enfoque de género.</p>		<p>programas y propuestas de cómo incorporar la perspectiva de género elaboradas por los mismos participantes.</p>
<p>2.0 Mayor cantidad y capacidad de recursos humanos para realizar las actividades de prevención y control a niveles local, departamental y nacional.</p>	<p>2.1 Número de recursos humanos capacitados en la prevención y el control de enfermedades transmisibles que aplican sus aptitudes.</p>	<p>Número de recursos humanos capacitados (año 4): Cordillera 88/98 (90%) Paraguarí 15/25 (60%)</p>	<p>El reto ha sido la capacidad de evaluar la aplicación de las aptitudes de los capacitados en la práctica.</p> <p>Durante este año de implementación del proyecto se capturará estos datos.</p>	
<p><b>Resultados Esperados</b></p>				
<p><b>RE1:</b> Se ha fortalecido la gerencia y el desarrollo del programa ITS para el ampliar el enfoque de la prevención y control de las ITS, con énfasis en sífilis congénita y temas de género).</p>	<p>Proporción de unidades de salud en cada región sanitaria que esta implementando el enfoque de atención sindrómico (meta=95%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Se ha fortalecido la capacidad gerencial en algunas regiones del proyecto.</li> <li>◦ Se aumentó el número de servicios que implementan el manejo sindrómico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Predominio del manejo clínico de casos ITS.</li> <li>◦ Falta de capacidad y apoyo político al inicio del proyecto.</li> <li>◦ Dificultad para suministro de medicamentos e insumos.</li> </ul>	

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
	El número de proveedores capacitados que diagnostica y trata a hombres y mujeres de acuerdo con las normas establecidas (meta = 100%).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con capacidad instalada a nivel de las regiones sanitarias del proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambios frecuentes de los recursos humanos ya capacitados a nivel de los servicios.</li> </ul>	
<b>RE2:</b> Se ha ampliado la cobertura del diagnóstico del tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y recién nacidos.	Proporción de embarazadas que acude a los servicios de atención prenatal que recibe la prueba VDRL y tratamiento (meta = 100%).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se aumentó la cobertura del diagnóstico y tratamiento para sífilis en mujeres embarazadas, por ende significó un aumento de la cobertura del control prenatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resistencia para la instauración del tratamiento con penicilina, sobre todo a nivel del personal de salud.</li> </ul>	
	Proporción de casos de sífilis notificada en mujeres embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mejoró el sistema de registro de la sífilis en mujer embarazada. (ficha perinatal)</li> </ul>		
	Número de laboratorios periféricos que realiza la prueba de sífilis con garantía de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se aumentó el número de laboratorios periféricos que realizan la prueba de sífilis con garantía de calidad.</li> </ul>		
<b>RE3:</b> Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporará actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores de comportamiento, género y sociodemográficos.	Datos epidemiológicos por factores sociodemográficos y de comportamiento, incluyendo edad y sexo, están disponibles para la toma de decisiones y asignación de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizó un estudio representativo en puérperas y trabajadoras sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de varios subsistemas de notificación y registro.</li> </ul>	

## **ANEXO 10: PRIORIDADES NACIONALES POR COMPONENTE EN PARAGUAY**

### **AIEPI**

#### **Clínico**

- Seguimiento posterior a la capacitación.
- Identificación de recursos humanos, mantenimiento de una base de datos.
- Abogacía: Presentación de la estrategia de supervivencia infantil y neonatal.
- Insumos y materiales didácticos.
- Mayor vinculación entre instituciones formadoras y las actividades del componente clínico.
- Incorporación de AIEPI a la estrategia de educación permanente.
- Visualización de la estrategia AIEPI en los contenidos de capacitación de los diferentes programas.

#### **Comunitario**

- Asegurar una estrecha relación entre las actividades del componente clínico de los servicios con la comunidad.
- Establecer una Mesa de Trabajo de AIEPI comunitario con otras agencias y ONGs.
- Incorporar la metodología de actores locales en la implementación de AIEPI comunitario.
- Asegurar materiales didácticos comunitarios.
- Asegurar intervenciones efectivas a nivel de la familia de prácticas claves de cuidados para el cambio de comportamiento.
- AIEPI neonatal con empíricas.

#### **Organización y sistema de salud**

- Programaciones actividades regionales y locales de AIEPI.
- Convocar nuevos cursos de gerencia de OMS/OPS y organización local de AIEPI.
- Coordinar con la Dirección General de Servicios de Salud y otras direcciones para asegurar la disponibilidad de insumos y medicamentos.
- Mayor incorporación de la estrategia al Sistema de Información.
- Vigilancia de la salud, morbilidad y mortalidad neonatal.

### **Chagas**

#### **Estrategia de vigilancia**

- Fortalecer la participación de los sectores del SENEPA en la estrategia de vigilancia.
- Fortalecer la vigilancia activa en un abordaje basado en la estratificación de riesgos.
- Evaluar la efectividad (sensibilidad) de la vigilancia comunitaria.
- Continuar apoyando la estrategia de la semana de Chagas en las escuelas.
- Continuar el desarrollo de talleres con líderes en áreas nuevas y áreas ya cubiertas.
- Articular las tres estrategias de vigilancia.

### **Análisis y toma de decisiones**

- Capacidad de análisis a nivel local (sectores y zonas del SENEPA) articulado con el fortalecimiento de la capacidad de análisis a nivel departamental.
- Apoyo técnico en sistematización y análisis de información a nivel central. Revisión de los procesos de sistematización, instrumentos de registro, estructura de base de datos, conexión con sistema de información geográfica:
  - Modificaciones en estructura de base de datos a nivel central e implementación de rutina de análisis de información con GIS.
  - Simplificación de instrumentos de registro y del proceso de sistematización de los datos.
- Capacitación a nivel central en manejo de información y uso de aplicativos de GIS.

### **Atención**

- Diseñar y promover la implementación de una estrategia de atención mujer seropositiva articulada a los servicios de salud.

### **ITS**

#### **Sífilis congénita**

- Operacional: mejoras en algunos componentes del programa.
- Incorporar en forma progresiva a otros departamentos.
- Simplificar los formularios, informatizar.
- Estudio del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita a futuro.

#### **Manejo sindrómico**

- Capacitación a recursos humanos (RRHH).
- Acceso a los medicamentos según normas de tratamiento.

### **Programa integrado de Boquerón**

- Formar personal Agentes de Salud Rural.
- Organizar encuentros comunitarios con grupos de mujeres, líderes y shamanes de las comunidades de cada asentamiento.
- Realizar pruebas pilotos de capacitación comunitaria.
- Establecer una red de comunicación a nivel comunitario y con las instituciones que atienden y administran la salud en el departamento.
- Iniciar diálogos con las organizaciones indígenas.
- Establecer la institucionalidad de la gestión de la salud.
- Dotar de equipos de comunicación tipo HF a comunidades.
- Establecer alianzas operativas de trabajos con otras instituciones en el departamento.

## **Dengue**

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica hacia una red de vigilancia epidemiológica integral en algunas áreas críticas (regiones de frontera), que incluya a todos los componentes con un mínimo de análisis para garantizar resolutivez local oportuna. Implica actualizar las normativas existentes, programas de capacitación por niveles, flujogramas, infraestructura y equipamiento.
- Planes piloto apuntando el cambio conductual en poblaciones vulnerables con estrategias comunicacionales (COMBI).

**ANEXO 11: INDICADORES PROPUESTOS EN PARAGUAY**

Resultados	Indicadores	Indicadores Propuestos	Comentarios
<b>Componente: AIEPI</b>			
<b>Resultados Esperados</b>			
<p><b>RE1:</b> Se han creado las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarios para aplicar la estrategia AIEPI en las áreas beneficiadas por el proyecto.</p>	<p>La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI (meta=100%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de servicios de salud con materiales de AIEPI esenciales disponibles.</li> <li>◦ Proporción de servicios de salud con equipo y medicamentos necesarios para la aplicación de la estrategia AIEPI.</li> </ul>	<p>Módulos de capacitación, cuadro de procedimiento, formularios de registro, guía de atención integral, Libreta del niño, Videos, Rotafolios.</p> <p>Balanzas, Tallimetro, reloj, SRO, Amoxicilina, Paracetamol, hierro, mebendazol, salbutamol.</p>
<p><b>RE2:</b> Los niños menores de 5 años de edad que viven en las zonas periféricas de Asunción y los Departamentos de Boquerón, Caazapá e Itapúa se han beneficiado de la estrategia AIEPI.</p>	<p>La proporción de los servicios de salud pública en las áreas del proyecto que se aplica la estrategia de AIEPI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de RRHH capacitados en AIEPI que manejan adecuadamente los casos.</li> <li>◦ Proporción de servicios de salud que ha recibido visita de supervisión en los últimos 4 meses.</li> <li>◦ Proporción Madres y cuidadores que reconocen signos de peligro y buscan ayuda apropiada.</li> <li>◦ Proporción de Distritos con planes elaborados por los actores locales para AIEPI comunitario.</li> </ul>	<p>Verifica 4 signos de peligro, evalúa tos, fiebre, diarrea, estado nutricional, desarrollo, vacunas, anemia, verifica si la madre sabe los cuidados en el hogar, cuando volver con urgencia.</p> <p>Supervisión realizada con informes completos y acciones realizadas.</p> <p>Reconoce 2 o más signos de peligros, busca ayuda apropiada en caso de IRA, EDA, accidentes, hábitos adecuados para prevenir diarrea, gestación, parto.</p> <p>Documento elaborado del plan participativo sobre prácticas claves priorizadas.</p>
<p><b>RE3:</b> Se ha fortalecido la incorporación de la estrategia AIEPI en los cursos de pre y postgrado en las escuelas de medicina, enfermería y salud pública en las áreas del</p>	<p>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia de AIEPI en sus programas de estudios académicos (meta = 12).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de escuelas formadoras de RRHH que incorporan la estrategia AIEPI en su currículo.</li> </ul>	<p>Currículo donde se incorpora la estrategia AIEPI y que cuentan con materiales de capacitación.</p>



Resultados	Indicadores	Indicadores Propuestos	Comentarios
proyecto.			
<b>Componente: Chagas</b>			
<b>Resultados Esperados</b>			
<b>RE1:</b> Se ha establecido un sistema de vigilancia para medir y monitorear la infestación de triatóminos con la participación de la comunidad.	Número de equipos técnicos de vigilancia establecido y capacitado en las áreas de proyecto (meta=3).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Número de equipos técnicos regionales de vigilancia establecido, capacitado y activo (meta=3).</li> </ul>	
	Número de notificaciones de la comunidad, de los líderes y escuelas sobre la presencia de triatóminos (línea de base y meta a determinar) que fue atendida por el centro de denuncias y los sectores de SENEPA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Número de notificaciones de la comunidad, de los líderes y escuelas sobre la presencia de triatóminos que fue atendida por el centro de denuncias y los sectores del SENEPA.</li> </ul>	
	Número de líderes comunitarios y de escuelas de las comunidades del proyecto que participa en actividades de vigilancia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de localidades de riesgo cubierta por la vigilancia con líderes activas (meta = 100%).</li> </ul>	Localidades que han sido históricamente positivas desde el control hasta la fecha
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de escuelas rurales en localidades de riesgo implementando la "Semana de Chagas" (meta: 80%).</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Número de áreas focalizadas evaluadas con búsqueda activa orientadas mediante abordaje de riesgo que incluye análisis espacial.</li> </ul>	

Resultados	Indicadores	Indicadores Propuestos	Comentarios
<b>Componente: ITS</b>			
<b>Resultados Esperados</b>			
<b>RE1:</b> Se ha fortalecido la gerencia y el desarrollo del programa ITS para ampliar el enfoque de la prevención y control de las ITS, con énfasis en sífilis congénita y temas de género.	Proporción de unidades de salud en cada región sanitaria que está implementando el enfoque de atención sindrómico (meta=95%).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de unidades de salud en cada región sanitaria que está implementando el enfoque de atención sindrómico (meta=95%).</li> </ul>	Paraguari – 80%.  Mantener el indicador con diferentes metas por región.
	El número de proveedores capacitados que diagnostica y trata a hombres y mujeres de acuerdo con las normas establecidas (meta = 100%).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de proveedores capacitados que diagnostica y propone tratamiento a hombres y mujeres de acuerdo con las normas establecidas dentro las áreas del proyecto (meta = 100%).</li> </ul>	Base de información establecida antes de expandir actividades a otra región.  Definir la tendencia de las ITS.  No hay tratamiento gratis disponible.
<b>RE2:</b> Se ha ampliado la cobertura del diagnóstico del tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y recién nacidos.	Proporción de embarazadas que acude a los servicios de atención prenatal que recibe la prueba VDRL y tratamiento (meta = 100%).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción de embarazadas que acude a los servicios de atención prenatal que recibe la prueba VDRL.</li> <li>◦ Proporción de embarazadas con sífilis que recibe tratamiento según las normas.</li> </ul>	Según definición de casos del PRONASIDA.
	Proporción de casos de sífilis notificada en mujeres embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Proporción (prevalencia) de casos de sífilis notificada en mujeres embarazadas.</li> </ul>	Igual.
	Número de laboratorios periféricos que realiza la prueba de sífilis con garantía de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Número de laboratorios periféricos que realiza la prueba de sífilis con control de calidad.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Incidencia de sífilis congénita.</li> </ul>	

Resultados	Indicadores	Indicadores Propuestos	Comentarios
<p><b>RE3:</b> Se ha fortalecido el sistema de vigilancia de las ITS e incorporará actividades de vigilancia de segunda generación que incluyen factores de comportamiento, género y sociodemográficos.</p>	<p>Datos epidemiológicos por factores sociodemográficos y de comportamiento, incluyendo edad y sexo, están disponibles para la toma de decisiones y asignación de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Datos epidemiológicos por factores sociodemográficos y de comportamiento disponibles para planificar recursos.</li><li>◦ Datos epidemiológicos por factores sociodemográficos y de comportamiento disponibles para toma de decisiones a todos los niveles de atención (central, regional, local).</li></ul>	<p>Comenzar en las dos regiones y expandir a nivel nacional.</p>

**ANEXO 12: PARTICIPANTES NACIONALES Y AGENDA DE TRABAJO - PERÚ**

Evaluación de Medio Término  
 Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA)  
 Organización Panamericana de la Salud/  
 Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)  
 Proyecto de la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias

23 al 28 febrero 2006  
 Perú

**Agenda Tentativa**

<b><i>Día</i></b>	<b><i>Hora</i></b>	<b><i>Actividad</i></b>	<b><i>Lugar</i></b>
<i>Jueves 23 febrero</i>	08:00	Objetivos y alcances de la evaluación. Agenda de Trabajo.	Despacho Vice Ministro de Salud
	11:00	Visitas al terreno	Arequipa: Componente de Chagas
	14:00	Salida para Arequipa	Cusco: Componente de AIEPI
		Salida para Cusco	
<i>Viernes 24 febrero</i>	08:00 – 18:00	Visitas al terreno Presentación de los resultados del proyecto	Arequipa y Cusco
<i>Sábado 25 febrero</i>	08:00 – 12:00	Visitas al terreno	Arequipa y Cusco
<i>Domingo 26 febrero</i>		Regreso a Lima	
<i>Lunes 27 febrero</i>	09:00 – 17:00	Trabajo en grupos de discusión por enfermedad	OPS
<i>Martes 28 febrero</i>	09:00 – 12:00	Presentación de los resultados de la evaluación	Despacho Vice Ministro de Salud

**Visita de Evaluación – Proyecto de Chagas  
Arequipa**

23 – 25 Febrero 2006

<b>Día</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>
<b>Jueves 23 Febrero</b>	11:00 2:30	Llegada a Arequipa Y Traslado a Hotel	Aeropuerto	Misión OPS/CIDA y Funcionarios Ministerio de Salud
	13:50	Presentación de la Misión en la Dirección Regional de Salud AQP	Dirección Regional de Salud de Arequipa	Misión OPS/CIDA y Funcionarios Ministerio de Salud. y Coordinador Programa Chagas DISA.
	14:10 14:45	Visita al Gobierno Regional de Arequipa. Objetivos y alcances de la misión.	Gobierno Regional. Calle San Francisco.	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Ing. Daniel Vera Ballón, Ing. Jaime Ponce, Lic. Maria Teresa López, Dr. Wilfredo Pino, Dra. Edy Loayza, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Lic. Olga Luque
	15:00 16:30	Reunión de Trabajo Región de Salud. Análisis de la situación de la Enfermedad de Chagas Proyecto y Avance.	Dirección Regional de Salud de Arequipa	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Wilfredo Pino, Dra. Edy Loayza, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades, Equipos de Micro Redes y Alcaldes de distritos .
	16:45 18:00	Visita a Tiabaya, Almacén General de insecticida Revisión del proceso de vigilancia, - Puestos de Vigilancia Comunal	Cuartel Militar de Tiabaya Distrito de Tiabaya	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades
	18:00 19:00	Reunión con Alcalde de Tiabaya, Comité Multisectorial, Promotores de Salud y Vigías escolares (actores del Sistema de Vigilancia entomológica)	Salón Consistorial del Municipio de Tiabaya	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades
<b>Día</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>
<b>Viernes 24 Febrero</b>	08:00 09:20	Visita de campo a Sachaca, Revisión del proceso de vigilancia, Puestos de Vigilancia Comunal	Distrito de Sachaca Municipio, Puestos de Vigilancia Comunal.	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades
	09:30 11:00	Visita de campo a Hunter, Revisión del proceso de vigilancia, Puestos de Vigilancia Comunal	Centro de Salud Hunter, Puestos de Vigilancia Comunal	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades
	11:10 11:50	Visita de campo a Socabaya, zona de rociado, fase de ataque.	Centro de Salud Socabaya. Viviendas en intervención	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades
	12:00 13:30	Conferencia de Prensa	Dirección Regional de Salud de Arequipa	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Wilfredo Pino, Dra. Edy Loayza, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades, Equipos de Micro Redes y Alcaldes de distritos comprometidos.

<b>Día</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>
<b>Viernes 24 Febrero</b>	13:40 15:00	Almuerzo		
	15:10 16:30	Visita de campo al Distrito de Paucarpata	Centro Salud Ampliación Paucarpata y Campo Marte.	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades
	16:40 00:00	Conclusiones y recomendaciones de la misión, acuerdos de trabajo.	Dirección Regional de Salud de Arequipa	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Lic. Maria Teresa López, Dr. Wilfredo Pino, Dra. Edy Loayza, Dr. Juan Cornejo, Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, Equipo Regional de Chagas, Universidades, Equipos de Micro Redes y Alcaldes de distritos comprometidos.
<b>Día</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>
<b>Sábado 25 Febrero</b>	09:00 12:30	Visita de campo a distritos no intervenidos: Bustamante, Sabandia, Characato	Campo	Red Arequipa Caylloma: Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, equipo regional de Chagas; Misión visitante
	12:30 14:30	Almuerzo		Red Arequipa Caylloma: Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, equipo regional de Chagas; Misión visitante
	15:00 08:00	Tour Campiña Ciudad o Visita Monasterio Santa Catalina		Red Arequipa Caylloma: Dr. Daniel Bedregal, Dra. Patricia Polanco, equipo regional de Chagas; Misión visitante
<b>Día</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>
<b>Domingo 26 Febrero</b>	08:00	Viaje de retorno a Lima		Misión OPS/CIDA y Funcionarios Ministerio de Salud.

**Visita de Evaluación – Proyecto AIEPI**  
**CUSCO**

23 – 25 Febrero 2006

<i>Día</i>	<i>Hora</i>	<i>Actividad</i>	<i>Lugar</i>	<i>Participantes</i>
<i>Jueves</i> <i>23 Febrero</i>	15:30	Llegada a Cusco y Traslado al Hotel	Aeropuerto	Misión OPS/CIDA y Funcionarios Ministerio de Salud
	16:30 17:00	Presentación de la Misión en la Dirección Regional de Salud	Dirección Regional de Salud de Cusco	Misión OPS/CIDA y Funcionarios Ministerio de Salud. Y Coordinadora de Etapa de Vida Niño DIRESA.
	17:00 18:30	Reunión de Trabajo Región de Salud. Análisis de la situación de Salud del Niño- AIEPI. Plan Regional Concertado de Salud	Dirección Regional de Salud Cusco	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Javier Ramirez, Dr. Mauro Vargas, Lic. Angel Bustinza, Dr. Javier Cuno, Lic. Hilda Robles, Lic. José H. Félix Q., Lic. Lida Cuaresma, Lic. Jessica Ortega, Universidades, Equipos de Redes, MR y ONGs .
	18:30 19:30	Presentación de experiencias desarrolladas en AIEPI por las Universidades	Dirección Regional de Salud Cusco	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Javier Ramirez, Dr. Mauro Vargas, Lic. Angel Bustinza, Dr. Javier Cuno, Lic. Hilda Robles, Lic. José H. Félix Q., Lic. Lida Cuaresma, Lic. Jessica Ortega, Universidades, Equipos de Redes, MR y ONG.
<i>Viernes</i> <i>24 Febrero</i>	07:00 12:00	Visita de campo, CS de Yanaoca, entrevista con el Gerente de la MR, presentación de la organización de los servicios de salud, Revisión de instrumentos de atención al niño menor de 5 años,	Distrito de Yanaoca – CS. de Yanaoca.	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Juan C. Peláez, Lic. Lucía Ramos, Dr. Gonzales, Lic. Hilda Robles, Universidades
	12:00 14:30	Retorno a la ciudad de Cusco	Cusco	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Juan Carlos Peláez, Lic. Lucía Ramos, Dr. Gonzales, Lic. Hilda Robles y Universidades
	14:30 16:30	Almuerzo	Cusco	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Juan Carlos Peláez, Lic. Lucía Ramos, Dr. Gonzales, Lic. Hilda Robles y Universidades
	16:30 17:30	Reunión con Gerente de Desarrollo Social y Planeamiento Estratégico del Gobierno Regional de Cusco Objetivos y alcances de la misión.	Gobierno Regional. Av. De la Cultura.	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Javier Ramirez, Dr. Mauro Vargas, Lic. Angel Bustinza, Dr. Javier Cuno, Lic. Hilda Robles, Lic. José H. Félix Q., Lic. Lida Cuaresma, Lic. Jessica Ortega
	17:30 18:00	Conclusiones y recomendaciones de la misión, acuerdos de trabajo.	Dirección Regional de Salud Cusco	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Javier Ramirez, Dr. Javier Cuno, Lic. Hilda Robles, Lic. José H. Félix, Sr. Angel Bustinza, Universidades, Equipos de Redes.

<b>Día</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>
<b>Sábado 25 Febrero</b>	07:00 12:30	Visita de campo a distrito de Acomayo, entrevista con el Gerente de la MR, el personal,	Distrito de Acomayo, CS de Acomayo	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Felix Paniura, Lic. Edith Zárate, Lic. Hilda Robles
	12:30 13:30	Almuerzo	Distrito de Acomayo	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Felix Paniura, Lic. Edith Zárate, Lic. Hilda Robles
	13:30 15:00	Retorno a Cusco	Cusco	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Felix Paniura, Lic. Edith Zárate, Lic.
	15:00 18:00	Tour Circuito Turístico a las 4 ruinas o ciudad	Cusco	Misión OPS/CIDA, Funcionarios Ministerio de Salud. Dr. Felix Paniura, Lic. Edith Zárate, Lic.
<b>Domingo 26 Febrero</b>	08:00	Retorno a Lima		Misión OPS/CIDA y Funcionarios Ministerio de Salud.



**ANEXO 13: LOGROS Y OBSTÁCULOS DEL PROYECTO EN PERÚ**

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
<b>Componente: AIEPI</b>				
<b>Objetivos (outcome statements)</b>				
1.0 Se han elaborado e implementado programas receptivos con un enfoque de género y recursos adecuados con respecto a las enfermedades transmisibles prioritarias en los países del proyecto	1.1 Los países participantes elaboran planes de acción de enfermedades transmisibles adaptados a las necesidades de los grupos de población beneficiada del proyecto  1.2 Los países participantes incorporan un enfoque de género para la prevención y control de las enfermedades transmisibles prioritarias	Existe un plan de implementación de la estrategia AIEPI el cual está en marcha desde agosto del 2005, con capacitación en AIEPI clínico y seguimiento post capacitación.  En el AIEPI comunitario (ADECAP) se prioriza la participación de la mujer.	El Ministerio de Salud y la DIRESA Hvca, demoran en viabilizar los recursos económicos destinados a las actividades.  Trabas por parte de la DIRESA para la ejecución del gasto: pago de viáticos y compras.  Falta comprometer a las organizaciones comunales para que participen en el proceso.	
2.0 Mayor capacidad de las instituciones nacionales de tener acceso o comprometer recursos internos y externos para la implementación de sus estrategias para la reducción de enfermedades transmisibles.	2.1 Número de propuestas elaboradas para responder a las oportunidades de financiamiento (FMSTM y otras iniciativas)  2.3 Análisis y promoción de recursos costo-efectivos para la implementación de las estrategias de reducción de enfermedades transmisibles objeto del proyecto.	El PCPCD (gerencia) ha estado haciendo abogacía para el uso de recursos (técnicos y humanos) de la manera más costo efectivo.		
<b>Resultados Esperados</b>				
<b>RE1:</b> Se han creado condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias del proyecto (Apurímac, Cusco y Huancavelica)	La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesaria para aplicar la estrategia de AIEPI para la atención de salud en la niñez (meta=100%).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Actividades AIEPI incorporados en POA de las DIRESAs.</li> <li>◦ Normatividad nacional, regional y local ha creado condiciones para la implementación y sostenibilidad de la estrategia AIEPI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Pese a que está implementada la estrategia, normativamente persiste algo de la verticalidad de los programas por cuanto se conserva el mismo sistema de información y no está adaptado al MAIS excepto en</li> </ul>	Conforme la resolución ministerial de categorización de los servicios de salud es posible lograr que los establecimientos de salud dispongan materiales y

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Existe personal capacitado en los establecimientos de salud pero a la fecha la cobertura es insuficiente.</li> </ul> <p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 100% de las Microrredes del ámbito del proyecto cuentan con las normas técnicas del MAIS, RM, AIEPI, RD MAIS.</li> <li>◦ 40% de profesionales capacitados en AIEPI: 30% de ellos en AIEPI neonatal.</li> </ul> <p>Huancavelica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Institucionalización de la AIEPI en los EE.SS de la RED Tayacaja Churcampa con Resolución Nro. 0010 con fecha de 18 de agosto de 2005.</li> <li>◦ La Red Tayacaja cuenta con 6 microrredes, 13 centros de salud donde existe personal capacitados en la AIEPI y 10 puestos de salud.</li> <li>◦ De 97 profesionales que tienen contacto con niños menores de 5 años (médicos, enfermeras, obstétricas) se han capacitado a 48 profesionales que representan 54%.</li> </ul>	<p>los niños menores de 5 años.</p> <p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Insuficiente presupuesto para realizar seguimiento post capacitación.</li> <li>◦ Insuficiente presupuesto para la reproducción de material educativo de AIEPI.</li> <li>◦ No se han implementado los módulos de capacitación para el personal técnico lo cual interfiere con la meta del 100%.</li> </ul>	<p>logística necesaria par la atención integral para el año 2008.</p> <p>Huancavelica: La Red Tayacaja tiene la meta de capacitar al personal profesional al 100%.</p>
<p><b>RE2:</b> Los servicios de salud del área objetivo (Apurimac, Cusco y Huancavelica) que atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI.</p>	<p>Proporción de los servicios de salud que aplica la estrategia AIEPI que tienen los medicamentos necesarios y esenciales (meta=100%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ El Seguro Integral de Salud (SIS) garantiza la provisión regular de medicamentos necesarios y esenciales. Existen medicamentos y vacunas suficientes para la protección de la población.</li> </ul> <p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 90% de EE.SS. con medicamentos disponibles.</li> </ul>	<p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Por justificar la sustentación económica al SIS se altera el uso racional de antibióticos.</li> </ul> <p>Huancavelica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Existe desabastecimiento de medicamentos en el almacén del SISMED, por lo que los responsables de los</li> </ul>	<p>Cusco: El sistema SISMED no nos permite evaluar con precisión el uso racional de antibióticos.</p> <p>Huancavelica: En la medida que el SISMED pueda dotarnos adecuadamente de los</p>

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 90% de EE.SS administran según manejo MEC y por esquemas.</li> </ul> <p>Huancavelica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Dentro de los medicamentos trazadores, la Red Tayacaja ha incluido los medicamentos necesarios para la implementación de la AIEPI.</li> </ul>	<p>establecimientos de salud deben adquirirlo de particulares a mayores precios.</p>	<p>medicamentos, en su defecto, que la DIRESA autorice compras.</p>
	<p>Número de niños menores de 2 años de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que tiene el esquema de vacunación completa (meta=95%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ En los servicios de salud visitados de la Región Cusco el 95% de los menores de dos años tienen seguimiento y aplicación de vacunas según calendario nacional de inmunizaciones.</li> </ul> <p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 90.4% de niño menores de un año con todas sus vacunas.</li> <li>◦ 91.3% de niños menores de 2 años con todas las vacunas.</li> </ul> <p>Huancavelica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ En los 24 establecimientos donde se cuenta con personal capacitado en la AIEPI las coberturas de vacunación son &gt; del 95% para 3 con DPT en niños &lt; de 1 año y &gt; del 70% para SPR en el grupo estardo de 1 año.</li> </ul>	<p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Falta de sistema de información (software) que permita analizar el número de niños con todas las vacunas para la edad.</li> </ul> <p>Huancavelica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Desabastecimiento de vacunas desde Nivel Central.</li> </ul>	<p>Cusco: Reducción de la proporción de oportunidades de vacunación con todas las vacunas pro interrupción regular de las vacunas.</p> <p>Huancavelica: Nivel Central debe dotar adecuadamente de vacunas.</p>
	<p>Proporción de niños menores de 1 año de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que ha iniciado la alimentación complementaria adecuada para su edad (mayor que 6 meses de edad) (meta=80%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ En los servicios de salud visitados de la Región Cusco el 80% de los menores de dos años tienen el seguimiento y control del crecimiento y desarrollo en el cual se incorpora la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y las prácticas demostrativas y seguimiento a la madre para una alimentación complementaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ No se cuenta con información que recoja la calidad de alimentación complementaria.</li> </ul> <p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Poco acceso económico por parte de la familia a los alimentos variados.</li> </ul>	<p>Cusco: Elaboración de un instrumento que recoja la información de la alimentación complementaria adecuada.</p>

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
		<p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 64% de las Microrredes ámbito de intervención cuentan con el plan de intervención Educativo Comunicacional en Nutrición.</li> <li>◦ 19% de los niños menores de 1 año reciben una alimentación complementaria.</li> </ul> <p>Huancavelica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Este indicador aun no se puede medir en los establecimientos de la Jurisdicción de la Red. Este año 2006 se logro incorporar en Acuerdos de Gestión.</li> </ul>		
<p><b>RE3:</b> AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.</p>	<p>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia de AIEPI en sus programas de estudios académicos (meta = 8).</p>	<p>Han incorporado AIEPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Facultad de Medicina de la UNSAAC.</li> <li>◦ Facultad de Enfermería de la UNSAAC.</li> <li>◦ Facultad de enfermería de la Andina del Cusco.</li> <li>◦ Instituto Superior Tecnológico de Pampas.</li> </ul> <p>Autoridades sensibilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Universidad Tecnológica de los Andes.</li> <li>◦ Universidad Nacional de Huancavelica.</li> </ul>		<p>Huancavelica: Existe disposición de las entidades formadoras para incluir la estrategia dentro de su plan curricular, solo es necesario que esto se concrete en documentos oficiales.</p>
<p><b>RE4:</b> Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.</p>	<p>Proporción de los servicios de salud que se aplica la estrategia AIEPI que reciba dos visitas supervisadas por año (meta=100%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Se ha capacitado personal de salud en las tres áreas para apoyar el seguimiento, la supervisión, el monitoreo y la evaluación.</li> <li>◦ Se cuenta con indicadores para Monitoreo y Evaluación. En Cusco las actividades de supervisión y monitoreo se han desarrollado como un elemento integrado a las acciones de seguimiento del MAIS.</li> </ul> <p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Se cuenta con presupuesto para supervisión al primer trimestre 2006.</li> </ul>	<p>Cusco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los facilitadores del AIEPI con poca disponibilidad para el seguimiento posterior a la capacitación.</li> </ul> <p>Huancavelica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ En proceso: falta de recursos económicos.</li> </ul>	<p>El comité técnico nacional y regional elaborará y validará los instrumentos de supervisión MAIS-AIEPI.</p> <p>Huancavelica: Es necesario lograr el financiamiento para realizar la supervisión, monitoreo y evaluación a fin de fortalecer la implementación de la estrategia AIEPI en la RED de Salud Tayacaja Churcampa.</p>

Resultados	Indicadores	Logros	Obstáculos	Comentarios
<b>Componente: Chagas</b>				
<b>Objetivos (Outcome Statements)</b>				
<p>1.0 Se han elaborado e implementado programas receptivos con un enfoque de género y recursos adecuados con respecto a las enfermedades transmisibles prioritarias en los países del proyecto.</p>	<p>1.1 Los países participantes elaboran planes de acción de enfermedades transmisibles adaptados a las necesidades de los grupos de población beneficiada del proyecto.</p> <p>1.2 Los países participantes incorporan un enfoque de género para la prevención y control de las enfermedades transmisibles prioritarias.</p>	<p>Los distritos participantes han elaborado planes de acción de control de Chagas.</p> <p>El concepto de género todavía no está incorporado dentro de toda la programación para el control de Chagas. En Arequipa se han realizado algunos estudios de CAP que incluye el concepto de género.</p>		
<b>Resultados Esperados</b>				
<p><b>RE1:</b> El vector habrá sido eliminado en las viviendas y peri domicilio mediante desinsectación y se habrá instalado un sistema de vigilancia entomológica post-rociado con la participación de hombres y mujeres de las ciudades de Arequipa y Moquegua.</p>	<p>La proporción de las viviendas desinsectadas hasta el fin de proyecto. Meta: Arequipa – 18.000 Moquegua – 3.000</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 13907 viviendas desinsectadas.</li> <li>◦ 211 puestos de vigilancia comunal (PVC) en 3 distritos.</li> <li>◦ 4 encuestas entomológicas de base e impacto realizadas.</li> <li>◦ Elaboración de paquetes de intervención para social, comunicación para fases preparatoria, ataque y mantenimiento y vigilancia.</li> <li>◦ El personal de salud está comprometido y es responsable de un módulo de intervención (zonificación) para las diferentes fases del proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Falta de RRHH.</li> <li>◦ Transporte.</li> </ul>	

**ANEXO 14: INDICADORES PROPUESTOS EN PERÚ**

Resultados	Indicadores	Indicadores Propuestos	Comentarios
<b>Componente: AIEPI</b>			
<b>Resultados Esperados</b>			
<p><b>RE1:</b> Se han creado condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias del proyecto (Apurímac, Cusco y Huancavelica).</p>	<p>La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI para la atención de salud en la niñez (meta=100%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Establecimientos con personal capacitado, supervisado y con medicamentos esenciales sobre total de establecimientos del ámbito geográfico objeto del proyecto.</li> </ul>	
<p><b>RE2:</b> Los servicios de salud del área objetivo (Apurímac, Cusco y Huancavelica) que atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI.</p>	<p>Proporción de los servicios de salud que aplica la estrategia AIEPI que tiene los medicamentos necesarios y esenciales (meta=100%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Índice integrado de manejo de casos, según definición OPS.</li> </ul>	
	<p>Número de niños menores de 2 años de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que tiene el esquema de vacunación completa (meta=95%).</p>	<p>---</p>	
	<p>Proporción de niños menores de 1 año de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que ha iniciado la alimentación complementaria adecuada para su edad (mayor que 6 meses de edad) (meta=80%).</p>	<p>---</p>	
<p><b>RE3:</b> AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.</p>	<p>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia de AIEPI en sus programas de estudios académicos (meta = 8).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Igual.</li> </ul>	

Resultados	Indicadores	Indicadores Propuestos	Comentarios
<p><b>RE4:</b> Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.</p>	<p>Proporción de los servicios de salud que se aplica la estrategia AIEPI que reciba dos visitas de supervisión por año (meta=100%).</p>	<p>◦ Igual.</p>	
<p><b>Componente: Chagas</b></p>			
<p><b>Resultados Esperados</b></p>			
<p><b>RE1:</b> El vector habrá sido eliminado en las viviendas y peri domicilio mediante desinsectación y se habrá instalado un sistema de vigilancia entomológica post-rociado con la participación de hombres y mujeres de las ciudades de Arequipa y Moquegua.</p>	<p>La proporción de las viviendas desinsectadas hasta el fin de proyecto. Meta: Arequipa – 18.000 Moquegua – 3.000</p>	<p>◦ Igual.</p>	

## ANEXO 15: COMPROMISOS NACIONALES DEL PROYECTO EN PERÚ

Marco Lógico del proyecto de ACDI-CIDA Canadá

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>PERU/AIEPI</b>			
1. Se han creado condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI en las provincias objeto (Apurímac, Cusco y Huancavelica).	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de los servicios de salud que tiene las condiciones normativas, materiales y logísticas necesarias para aplicar la estrategia de AIEPI para la atención de salud en la niñez (meta=100%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Material impreso y disponible.</li> <li>Informes de las visitas de seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo sostenido de las autoridades nacionales.</li> <li>Disponibilidad oportuna de los recursos.</li> <li>Taller sobre la validación del componente neonatal realizado a octubre del 2002.</li> <li>Se preparó anualmente un plan de operación de AIEPI desde el 2003.</li> </ul>
2. Los servicios de salud del área objetivo (Apurímac, Cusco y Huancavelica) que atienden a niños menores de 5 años de edad mediante la estrategia de AIEPI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de los servicios de salud que aplica la estrategia AIEPI que tienen los medicamentos necesarios y esenciales (meta=100%).</li> <li>Número de niños menores de 2 años de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que tiene el esquema de vacunación completa (meta=95%).</li> <li>Proporción de niños menores de 1 año de edad que se atiende en los servicios de salud donde la estrategia de AIEPI se aplica que ha iniciado la alimentación complementaria adecuada para su edad (mayor que 6 meses de edad) (meta=80%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes del seguimiento y visitas de supervisión.</li> <li>Informe final de la evaluación de AIEPI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemas de Información sanitaria en operación en Apurímac, Cusco y Huancavelica.</li> <li>AIEPI comunitario fortalecida en estos departamentos por otros socios (ONGs, UNICEF, OPS Universidades).</li> <li>Ministerio de salud garantiza la provisión de los medicamentos e insumos.</li> </ul>
3. AIEPI se ha aceptado e incorporado en cursos de pre y postgrado en las escuelas de ciencia de la salud (medicina, enfermería y salud pública) en las áreas objeto del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de escuelas de ciencia de la salud que ha incorporado la estrategia AIEPI en su programa de estudios académicos (N=8).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa de estudio de los cursos.</li> <li>Los registros oficiales de las universidades y escuelas de las áreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voluntad política.</li> <li>Colaboración intersectorial.</li> <li>Recursos disponibles.</li> </ul>
4. Sistema de supervisión y monitoreo estructurado y operativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de los servicios de salud que se aplica la estrategia AIEPI que reciba dos visitas de supervisión por año (meta=100%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos de la supervisión y el monitoreo publicados.</li> <li>Informes de las visitas supervisoras.</li> <li>Informes de evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un representante de cada dirección de salud que participa en el proyecto participa en la evaluación anual.</li> </ul>
<b>PERU/CHAGAS</b>			
1. El vector habrá sido eliminado en las viviendas y peri domicilio mediante desinsectación y se habrá instalado un sistema de vigilancia entomológica post-rociado con la participación de hombres y mujeres de las comunidades de Arequipa y Moquegua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La proporción de las viviendas desinsectada hasta el fin de proyecto (meta=100%):</li> </ul> <p>Arequipa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N = 18.000</li> </ul> <p>Moquegua:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N=3.000</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación anual de la Iniciativa del Cono Sur.</li> <li>Informes de evaluaciones regionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los insecticidas se obtienen a través del sistema de adquisiciones de la OPS a los precios preferenciales.</li> <li>El Ministerio de Salud mantiene su compromiso financiero y político de asegurar las operaciones del proyecto.</li> </ul>



## **ANEXO 16: OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PERÚ**

### **Observaciones técnicas**

#### **Organización**

- Se destaca la interacción con otros programas preexistentes operacionalizados por promotoras de salud tales como PRONOIN (estimulación temprana de niños) y Vaso de Leche (prevención de desnutrición), aunque esta podría optimizarse coordinando acciones con otros programas de atención a la mujer y al niño, tales como el PAI.
- Cuentan con documentación normativa para las diferentes actividades aunque la mayoría corresponden a Guías publicadas por la OPS/OMS donde se expresan procedimientos y herramientas generales, a veces no aplicables en determinadas regiones. Se ha iniciado el proceso para completar la obtención de documentos técnicos normativos adaptados a la realidad local, los cuales están actualmente en revisión.

#### **Control vectorial**

- Para las acciones de rociado los equipos de trabajo están constituidos por dos supervisores y cuatro brigadas de un jefe y cinco rociadores. Cada rociador trabaja 6 horas con un rendimiento promedio de 4-5 casas por día. El mismo personal que realiza rociado efectúa la evaluación post-rociado pudiendo esto afectar la calidad del trabajo.
- La metodología de evaluación post-rociado se aplica con una metodología ½ hora hombre y con poca claridad en el procedimiento. Las supervisiones detectaron algunos problemas en el cumplimiento de los procedimientos a ser realizados por parte de los ejecutores.
- Las viviendas a ser trabajadas con la estrategia de rociados selectivo, son identificadas entre aquellas que surgen como positivas evaluadas por muestreo y las obtenidas por las denuncias a través de las Promotoras de Salud, pudiendo correr el riesgo de no detectar otras viviendas infestadas.
- Se visitó el almacén de insecticidas corroborándose el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y el control de calidad del insecticida utilizado se realiza en el Instituto Nacional de Salud (INS) en Lima.
- Sobre la disposición de residuos manifiestan tener un depósito de residuos de acuerdo a buenas prácticas, aunque no recibieron aún instrucciones desde Lima para la disposición definitiva a un requerimiento elevado en el año 2003. Actualmente contienen residuos acumulados desde septiembre de 2003.
- Se destaca la cooperación del ejército ofreciendo el espacio físico y la seguridad del almacén, como una evidencia del logro de acciones intersectoriales.

## Vigilancia vectorial

- La estrategia de vigilancia se basa en la siguiente estructura: Comité Multisectorial responsable de diseñar la estrategia a ser aplicada en su jurisdicción a través de un trabajo interinstitucional; ejecutores de salud con apoyo extrasectorial (universidades) con funciones técnicas específicas. Los promotores de salud capacitados transfieren conocimiento y recomendaciones generando sensibilización y movilización a su comunidad. Todo esto se encuentra bajo la coordinación técnica de la región de salud.
- La vigilancia se basa en la estructura de promotoras de la salud existentes en todas las áreas de trabajo y en los llamados vigilantes, constituidos por niños escolares de nivel primario y en algunos casos de nivel secundario y personal de salud.
- La selección de los promotores ocurre fundamentalmente entre los vecinos a través de reuniones comunales y en algunas oportunidades sugeridos desde el servicio de salud.
- Cada barrio cuenta con más de un PDT en el domicilio de la promotora de salud, las cuales cubren entre 15 y 60 viviendas según su capacidad de visita y la existencia de viviendas en una determinada localidad.
- Se considera innecesario continuar realizando el índice de infección triatomínico con el objetivo de utilizar esta información en la definición de las acciones de rociado con insecticida y estudios serológicos en niños.

## Medio ambiente

- Es frecuente la característica de las viviendas con dormitorios herméticos por el tipo de construcción y peridomicilios pequeños con gran cantidad de enseres y la presencia de animales de cría. Casi siempre tienen acumulación de ladrillos o piedras, dando una característica de extrema complejidad para garantizar un rociado efectivo en estas estructuras.

## Vigilancia serológica

- Tasa de prevalencia de infección con *Trypanosoma. cruzi* en población menor de 5 años de edad superiores al 1%, cuando se analiza el universo o muestreo poblacional, indican la existencia de transmisión vectorial activa. En este sentido la información disponible indica que varios distritos se encuentran en esta situación.
- Los ejecutores del tamizaje serológico (Universidad y Laboratorio de Referencia regional) realizan el control de calidad del diagnóstico con el Laboratorio de Referencia del INS. La confirmación de aquellos niños reactivos en el tamizaje lo lleva a cabo el laboratorio de Referencia Regional.
- Luego del tamizaje serológico a través de muestreo, solo estudian serológicamente a los niños residentes en viviendas con resultados de infestación con *T. infestans* infectados con *T. cruzi*, y a los voluntarios invitados cuando estos asisten al Centro de Salud para cualquier consulta, disminuyendo en esta forma la oportunidad del diagnóstico de niños infectados.

- Se conformó una red de referencia y contra-referencia entre el Hospital Central y los Centros de Salud, donde serán tratados los niños confirmados infectados. Se ha programado el tratamiento de 73 niños menores de 5 años.

### **Participación y comunicación social**

- Se destaca la realización de encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas, siendo las mismas de utilidad para precisar las estrategias de comunicación social a ser aplicadas según las características locales de cada distrito y para uso de evaluación de impacto de las acciones de comunicación.
- Se diseñaron estrategias de comunicación social, se validaron, aplicaron y fueron evaluadas (solo la estrategia radial) a través de un sondeo de opinión. Estas estrategias se diseñaron en forma independiente para cada distrito. Esto ofrece especificidad en las campañas aplicadas.
- Se destaca la participación de la mujer en actividades tales como liderar las actividades de vigilancia a través de las promotoras de la salud y el rol en la decisión del acceso al permiso para el rociado con insecticidas en las viviendas.

### **Capacitación**

- Se destacan las múltiples actividades de capacitación a través de diversas estrategias (talleres, espectáculos de títeres, dramatización, talleres, asambleas populares), para la formación de los diferentes actores del control y vigilancia. Recientemente se incluyeron en estas actividades la capacitación a población de la tercera edad.

### **Registro de la información**

- El sistema de administración de la información descrito demuestra ser un sistema adecuado en base a las herramientas recomendadas en las iniciativas regionales, y con una frecuencia de actualización de informe semanal en planillas y mensual de forma informática.
- No existe coincidencia entre el responsable local y el nacional sobre la administración de la información y el formato de informe.

### **Supervisión y la evaluación de las actividades**

- Se realiza supervisión en forma mensual. Por impresión de calidad la coordinación de control vectorial manifiesta que aproximadamente el 60% de los promotores de salud, pilar de la vigilancia, trabajan con la metodología correctamente, el 20% en forma regular y el 20% restante en forma deficitaria o ausente.
- No disponen de una estrategia sistematizada de supervisión y evaluación de las acciones a través del uso de instrumentos de valoración, que permitan obtener los indicadores de proceso e

impacto. Esta herramienta tomar relevancia si consideramos que la actividades de control y vigilancia están siendo realizada por múltiples ejecutores.

### **Diagnóstico de personas infectadas y su atención médica**

- Disponen de normas recientemente aprobadas y se han iniciado talleres de capacitación a ejecutores de salud con funciones de atención médica.
- Se describe como expresión clínica de la fase aguda los signos típicos, tanto en los casos diagnosticados como en la estrategia de comunicación y capacitación. Se recuerda que la expresión clínica típica es la menos frecuente y que el Síndrome Febril Prolongado con adenomegalia es la forma más frecuente de manifestación. Esto puede estar generando un subdiagnóstico de pacientes cursando la fase aguda de la infección. Esto cobra relevancia si consideramos que la demostración de la eficacia terapéutica se presenta más fácilmente en esta fase.
- Realizan xenodiagnóstico en los niños con sospecha de Chagas en fase aguda o en fase crónica diagnosticadas por serología. Se recuerda que esta metodología no es de utilidad para el diagnóstico de la infección en fase aguda por su falta de oportunidad (primera lectura a los 30 días), ni para la prescripción del tratamiento etiológico en pacientes con infección en fase crónica a quienes solo basta la confirmación serológica de la infección.

### **Recomendaciones técnicas**

#### **Organización**

- Se recomienda formalizar a la brevedad posible los manuales de procedimientos técnicos actualmente en revisión, para dar mayor precisión a las instrucciones de trabajo.

#### **Control vectorial**

- Se recomienda que el personal que realiza rociados con insecticidas sea diferente al que efectúa la evaluación entomológica post-rociado para mejorar la calidad de cada una de estas actividades y de la sensibilidad de la evaluación entomológica.
- Se recomienda evaluar la sensibilidad de la estrategia actualmente en uso para identificar las viviendas infestadas para ser rociadas con la estrategia de Rociado Selectivo. En caso de ser necesario reformular la misma, y ésta deberá estar descrita con claridad en los manuales normativos.
- Se recomienda que sobre las infestaciones post-rociados se analicen si las mismas responden a focos residuales o procesos de reinfestación. La diferenciación de la causa puede ser usada como evaluación de la calidad del rociado.
- Se recomienda a nivel central nacional dar instrucciones a la brevedad sobre el procedimiento de disposición final de residuos de insecticidas, según la legislación nacional.

### **Vigilancia vectorial**

- Se recomienda revisar la estrategia de evaluación entomológica en fase de vigilancia, considerando la metodología en todos sus aspectos (método de evaluación, frecuencia, efectos, etc.).
- Se recomienda definir con claridad las diferencias y alcances de las estrategias de evaluación entomológica a través de muestreo probabilístico y evaluaciones post-rocido. Las evaluaciones por muestreo serían útiles para decidir las estrategias de rocido con insecticida, y las evaluaciones post-rocido de las viviendas trabajadas, para evaluar las acciones y obtener indicadores de resultado de acción antivectorial.

### **Medio ambiente**

- Se recomienda considerar la estrategia del uso de Potes Fumígenos previa realización de un análisis adecuado sobre conveniencia y oportunidad.
- Se recomienda constituir un equipo de trabajo con especialistas en dinámica del vector, aplicación de insecticidas y sociólogos-antropólogos, para diseñar estrategias alternativas para el mejoramiento del peridomicilio y uso de insecticidas en el mismo, las cuales deberían de ser ensayadas antes de ofrecer recomendaciones al respecto.

### **Vigilancia serológica**

- Se recomienda diseñar una estrategia que mejore la oportunidad de diagnóstico a los niños infectados que no son estudiados en el muestro para el tamizaje serológico. Una estrategia a ser considerada puede ser estudiar sistemáticamente todo niño menor de 15 años de edad residente en viviendas con antecedente de infestación vectorial durante las evaluaciones post-rocidos o por las notificadas a través del sistema de vigilancia con las Promotoras de Salud que no hubieran sido incluidos en el muestreo.

### **Capacitación**

- Se recomienda implementar estrategias de evaluación de las actividades de capacitación para analizar la necesidad de reformulaciones para su optimización.

### **Registro de la información**

- Se recomienda trabajar a nivel nacional en la revisión del sistema de administración y flujo de la información, basados en la experiencia actual de Arequipa.
- Se reitera la recomendación de la evaluación realizada en julio sobre el reordenamiento de la información, donde se recomienda el empleo de un conjunto de planillas con los datos agregados por localidad y distrito, conteniendo la información de vigilancia entomológica y serológica, utilizando las planillas de formato de las iniciativas regionales.

- Se recomienda revisar cuidadosamente el sistema de información actual para garantizar la disponibilidad en forma adecuada y elaborar los indicadores del Plan Regional y el Proyecto.

### **Supervisión y la evaluación de las actividades**

- Se recomienda diseñar una herramienta formal de supervisión y evaluación adaptadas a la estrategia multisectorial que se lleva a cabo en Arequipa, y tener en cuenta la estrategia de encuestas de satisfacción de la población.

### **Diagnóstico de personas infectadas y su atención médica**

- Se recomienda iniciar a través de la capacitación, el proceso de aplicación de las normas de atención médicas actualizadas recientemente. Esto permitirá incrementar la oportunidad de la detección y atención adecuada de las personas infectadas.
- Se recomienda disponer de los medios para garantizar la accesibilidad al tratamiento etiológico de todas las personas infectadas según indiquen las normas nacionales.
- Se recomienda revisar las herramientas de capacitación y comunicación haciendo hincapie en el SFP asociado a la exposición vectorial, como antecedente para sospechar la ocurrencia de un caso en fase aguda de la infección.
- Se recomienda no utilizar el xenodiagnóstico en la rutina de diagnóstico en el sistema de atención médica y mantener esta capacidad exclusivamente para trabajos de investigación clínica con el objetivo de aislar parásitos cumplimentando con los requerimientos de bioética.
- Se recomienda que a través de las normas de atención, se inicien en forma extensiva las actividades de control de la transmisión congénita del *T. cruzi* para garantizar el cumplimiento del control de la sangre a transfundir según las normas nacionales.



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la*  
Organización Mundial de la Salud



Canadian International  
Development Agency

Agence canadienne de  
développement international