EVALUACIÓN DE MITAD DEL PERÍODO
DESARROLLO DE ATENCIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL CON ENFOQUE MAYA EN ÁREAS RURALES

CONVENIO DE COOPERACIÓN NÚM. 520-A-00-97-00060-00

PROYECTO CONCERN INTERNATIONAL

Elaborado por:

Melody A. Trott, Ph.D.
Barbara Schieber, M.D.

Presentado por:

LTG Associates, Inc.
y TvT Associates, Inc.

Presentado a:

La Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos/Guatemala
Según el Contrato Núm. HRN-I-00-99-00002-00, Orden de Tarea Núm. 7

Septiembre 1999

MEDS

Monitoring Evaluation & Design Support
(Proyecto de Apoyo para Monitoreo, Evaluacion y Diseo)

Evaluación de mitad del período: El programa denominado "Desarrollo De Atención De Salud Materno Infantil Con Enfoque Maya En Áreas Rurales" se preparó bajo los auspicios de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID)/Guatemala, conforme a las estipulaciones contenidas en el proyecto de la organización Proyecto de Apoyo para Monitoreo, Evaluación y Diseño (MEDS), según el Contrato Núm. HRN-I-00-99-00002-00, Orden de Tarea Núm. 7. Las opiniones que se expresan en este informe son las de los autores, y no siempre reflejan los puntos de vista de LTG Associates, TvT Associates o USAID.

Se puede obtener información adicional sobre esta publicación y sobre otras publicaciones de MEDS en la siguiente dirección:

Monitoring, Evaluation, and Design Support (MEDS) Project
1101 Vermont Avenue, N.W., Suite 900
Washington, DC 20005
Teléfono: (202) 898-0980
Telefax: (202) 898-7820
Correo electrónico: ltg@earthlink.net

SIGLAS Y TÉRMINOS

ACOMASMI	Asociación de Comadronas Mayas de Salud Materno Infantil
ADEMI	Asociación de Mujeres Ixpijakok
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
AIN	Atención Integral de Niño
APROFAM	Asociación Pro-Bienestar de la Familia
APROSAMI	Asociación de Promotores de San Miguela Ixtahuacán
ASOCVINU	Asociación de Comadronas de Ixcán "Vida Nueva"
ATI	Asociación Toto Integrado
CMM	Consejo de Mujeres Mayas
G de G	Gobierno de Guatemala
IEC	Información, educación y comunicación
IRA	Infección respiratoria aguda
MSPAS	Ministerio de Salud
MEDS	Proyecto de Apoyo para Monitoreo, Evaluación y Diseño
MIEI	Manejo integrado de las enfermedades infantiles
OE	Objetivo estratégico
ONG	Organización no gubernamental
OPAV	Organizaciones privadas de asistencia voluntaria
OPS	Organización Panamericana para la Salud
PCI	Proyecto Concern International
R de S	Requisición de solicitudes
Quetzal	Moneda de Guatemala
RBN	Resultado de bajo nivel
RI	Resultado inmediato
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SMI	Salud materno-infantil
TRO	Terapia de rehidratación oral
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos
USAID/G-CAP	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos /Programas para Guatemala, Centroamérica
USAID/G-HN	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos/Guatemala—Salud y Nutrición

CONTENIDO

SIGLAS Y TÉRMINOS

RESUMEN EJECUTIVO i

I. Antecedentes 1

II. Propósito y metodología de la evaluación 5
- A. Propósito de la evaluación 5
- B. Metodología de la evaluación 5

III. Hallazgos principales 7
- A. Resultados del Programa PCI/Guatemala 7
  - Estado actual del Programa PCI/Guatemala 7
  - Fortalezas y logros del Programa PCI/Guatemala 9
  - Avances del Programa PCI/Guatemala en el marco de los resultados y la obtención de objetivos 10
  - Cobertura y entrega de servicios del Programa PCI 14
  - Barillas e Ixcán 17
- B. Estrategias del Programa PCI/Guatemala 18
  - Inconvenientes que se encontraron con el enfoque del Programa 18
  - Falta de un plan estratégico o un marco lógico para la obtención de resultados 20
  - Discrepancias en los objetivos institucionales 21
  - Fortalecimiento institucional versus prestación de servicios 22
  - Enfoque hacia los clientes y estrategias para la prevención en los hogares 22
  - Abogacía 23
- C. Servicios clínicos y no clínicos 24
  - Servicios clínicos 24
  - Estrategias de servicios no clínicos 25
- D. Capacitación; información, educación y comunicación (IEC), y estrategias para la modificación de la conducta 26
  - Capacitación 26
  - Capacitación administrativa para las ONGs 28
  - Actividades de información, educación y comunicación (IEC) 28
  - Estrategias para la modificación de la conducta 29
- E. Monitoreo y evaluación 29
  - Plan de monitoreo y evaluación para el año 1998 29
  - Plan de monitoreo y evaluación para el año 1999 30
- F. Administración 30
- G. Coordinación 32
  - Socios de AID 32

Relación con el SIAS 33
H. Manejo de fondos 33
Presupuesto y gastos.....33
Sostenibilidad y costos.....34

IV. Recomendaciones 35
A. Las opciones del programa 35
B. Recomendaciones específicas para el Programa 39

ANEXOS:

A. El enfoque del Programa PCI y las actividades propuestas, Propuesta original presentada a USAID/G-CAP el 30 de julio de 1997 45
B. Alcance del trabajo, Evaluación de Mitad del Período del Convenio de Cooperación suscrito con PCI.....59
C. Agenda de la evaluación.....67
D. Personas contactadas 71
E. Documentos revisados 75
F. Criterios de selección para las ONGs, Informe narrativo trimestral de PCI presentado el 30 de enero de 1998 79
G. PCI/Guatemala "Better Health For Rural Women And Children" actualización del proyecto, Septiembre, 1999 81
H. Respuesta del Proyecto Concern International al borrador del Informe de Evaluación, 8 de noviembre de 1999 91

TABLAS

1. Marco de resultados de USAID/G-CAP 2
2. Resultado intermedio 1 (RI1): Más familias del área rural utilizan servicios de salud materno-infantil de mejor calidad.....10
3. Indicadores del RI1.....11
4. Resultado intermedio 2 (RI2): Los programas de salud materno-infantil están mejor administrados 12
5. Indicadores del RI2.....13
6. Resultado intermedio 3 (RI3): Existe más abogacía local para la obtención de un mejor acceso a los servicios de salud, en especial entre las mujeres 13
7. Los indicadores propuestos por PCI para determinar la abogacía.....14
8. Servicios clínicos proporcionados por ATI, APROSAMI y ACOMASMI durante el período de marzo - agosto 1999.....15
9. Servicios clínicos en Totonicapán, San Miguel Ixtahuacán, Chimaltenango y Todos Santos.....16

RESUMEN EJECUTIVO

En septiembre de 1997, USAID/Programas de Guatemala—Centroamérica (USAID/G-CAP) le otorgó al Proyecto Concern International (PCI) un convenio de cooperación por un período de cuatro años, conforme a la licitación correspondiente para que éste brindara su apoyo al Objetivo Estratégico (OE) de la misión "Mejor salud para las mujeres y niños del área rural". Conforme a los términos de este convenio, PCI propuso brindar servicios de salud en los cinco departamentos prioritarios de USAID/G-CAP (San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá y Chimaltenango), así como en los municipios de Ixcán y Barillas.

El mecanismo establecido por PCI para obtener los resultados del OE incluyó la identificación de 10 o más organizaciones no gubernamentales (ONGs) mayas y el fortalecimiento de las mismas, para que éstas pudieran proporcionar una cobertura de salud básica en sus propias, y otras, comunidades. PCI propuso que, como resultado del proyecto, estas ONGs podrían desarrollar su capacidad con el fin de "proporcionar servicios primarios para el cuidado de la salud, en especial, servicios para la salud reproductiva, en aproximadamente 20 municipalidades objetivo, que constituyen una cobertura que alcanza el millón de personas."

El propósito de esta evaluación externa es el de realizar una revisión de mitad del período de las actividades del proyecto y evaluar los avances logrados en la obtención de los resultados y objetivos que especifica el convenio con PCI.

Hasta la fecha, PCI estableció alianzas estratégicas con seis ONGs mayas. De éstas, cinco reciben subvenciones, capacitación y asistencia técnica con el fin de mejorar su capacidad institucional y técnica para proporcionar servicios de salud. Durante el primer año y medio, las actividades de PCI estuvieron orientadas hacia identificar las ONGs y mejorar sus procedimientos administrativos y financieros, así como a la contratación, por parte de las ONGs, del personal que brindaría los servicios clínicos (generalmente enfermeras) y trabajaría con los voluntarios de la comunidad (generalmente educadores). El socio maya del proyecto, Rxiin T'namet, también llevó a cabo una capacitación inicial para el personal de las ONGs en las áreas clínicas principales del proyecto (con temas como salud reproductiva y supervivencia infantil) y presentó estrategias para la educación de adultos. Los servicios clínicos pertenecientes al proyecto se iniciaron en marzo de 1999; las ONGs que trabajan con PCI en la actualidad cubren a 67,369 habitantes.

El proyecto tiene varias fortalezas. La oficina de PCI en Guatemala tienen buenos contactos en las áreas de salud, en especial, tiene buena relación con los jefes de área en los departamentos donde el proyecto se lleva a cabo en la actualidad. Otra de sus fortalezas estriba en su capacidad para brindar asistencia técnica en materia de gerencia, administración y manejo financiero, para lo cual existe mucha demanda, así como en

otras áreas técnicas muy prometedoras, como lo son las farmacias comunitarias. El proyecto también tiene una buena línea de base y diagnóstico sobre los cual puede evaluar los resultados futuros, y tiene un nuevo director del proyecto que tiene buena credibilidad con los socios de USAID y con los funcionarios de salud del MSPAS, a nivel central, y en las áreas de salud.

Sin embargo, en términos generales, el proyecto no ha logrado el desempeño que tanto PCI como USAID esperaban. Un análisis de las actividades que se llevaron a cabo durante los primeros dos años indica que no ha progresado en forma satisfactoria en la obtención de los Resultados Intermedios (RIs) y los Resultados a Bajo Nivel (RBNs) especificados en el convenio. Actualmente, el proyecto cuenta con poca programación específica para la comunidad y para los hogares, el acceso a los servicios clínicos no ha aumentado significativamente, y no existen indicadores que apunten a un mejoramiento en la calidad de los servicios. Tampoco tiene un sistema de información funcional que permita informar sobre el progreso obtenido en la mayoría de los indicadores del proyecto. Para los indicadores en los que sí existe información, los resultados no alcanzan las metas mínimas anticipadas para el año. Estos hallazgos son desalentadores, especialmente cuando se considera el tamaño y el presupuesto del proyecto.

Las razones que existen para no haber progresado adecuadamente en la obtención de los resultados e indicadores del proyecto son bastante complejas. Ciertamente, el proyecto ha tenido una serie de problemas de operación y de administración durante los primeros dos años, los cuales incidieron negativamente en su capacidad para obtener resultados. Existen otros dos factores que han contribuido significativamente:

- Hubo problemas con el enfoque que PCI le dio al programa, ya que éste se basó en la suposición de que la relación exitosa y a largo plazo que sostenía con Rxiin T'namet, la ONG maya que es su socia, constituiría un modelo que podía replicarse con otras organizaciones mayas. PCI también dio por hecho que esta replicación era factible como una estrategia para alcanzar los objetivos del programa. De hecho, probablemente ninguna de las dos suposiciones eran acertadas, por lo particular de la relación existente entre PCI - Rxiin T'namet y por las características especiales de Rxiin T'namet como organización; y

- El equipo de PCI que trabaja en el país se impuso demasiadas restricciones al definir los criterios para seleccionar a las ONGs con las que trabajaría, de manera que las contrapartes se limitaron a aquellas ONGs mayas de base que están enfocadas hacia la mujer y manejadas por mujeres, y que operan en las comunidades indígenas del área rural.

Estas decisiones tuvieron implicaciones a largo plazo en el desempeño del proyecto. Aunque PCI hubiera identificado con éxito 10 ONGs y las hubiera fortalecido, tal y como se propuso originalmente, el proyecto nunca hubiera podido alcanzar las metas de cobertura que se describen en la propuesta, ni podría haber avanzado en la obtención de los resultados e indicadores que se especificaban en el convenio. Las ONGs que en la

actualidad trabajan con PCI todavía necesitan una inversión considerable para adquirir, o mejorar, sus capacidades técnicas y todavía les falta mucho para alcanzar los niveles de competencia necesarios para proporcionar a la población servicios de salud adecuados, y de buena calidad, aun para poblaciones pequeñas.

A juzgar por el desempeño del proyecto hasta la fecha, las recomendaciones principales que se derivan de la evaluación se relacionan con las opciones, o la combinación de opciones, que PCI tiene que usar para establecer prioridades y reestructurar las actividades, con el fin de obtener los resultados requeridos dentro del tiempo y presupuesto aún disponibles. Éstos incluyen continuar con el programa actual, pero con expectativas más realistas sobre los resultados que se obtendrán; modificar la estrategia original para que se incremente la cobertura, pero reteniendo el enfoque en ONGs mayas; ampliar el programa para que se concentre en proporcionar los servicios y ampliar las actividades de prevención y de salud familiar, mientras que se retienen algunas actividades clínicas y administrativas. En este informe se presentan recomendaciones específicas a la consideración de PCI (sin importar como se reestructure el proyecto).

I. ANTECEDENTES

En septiembre de 1997, USAID/Programas de Guatemala—Centroamérica (USAID/G-CAP) le otorgó al Proyecto Concern International (PCI), una organización privada de asistencia voluntaria (OPAV) de los Estados Unidos, un convenio de cooperación (Núm. 520-A-00-97-00060-00) por cuatro años, conforme a la licitación correspondiente. El propósito de este convenio era el de apoyar al Objetivo Estratégico (OE) de salud de la misión, "Mejor salud para las mujeres y niños del área rural". El término de esta actividad es de cuatro años (septiembre 1997 a septiembre del año 2001); el total de la subvención de USAID/G-CAP es de $6,340,878 y la aportación de PCI asciende a $3,810,294 (contribuciones en efectivo y en especie).

Los objetivos de este convenio son:

1. Desarrollar y promover enfoques integrados para mejorar la salud materno-infantil, en especial en los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Chimaltenango y las municipalidades de Ixcán, en Quiché, y Barillas, en Huehuetenango;

2. Incrementar el empoderamiento de las mujeres y las comunidades, e involucrarlos de lleno en la toma de decisiones relativas a su salud;

3. Formar/mantener alianzas entre entidades del sector público y privado, con el fin de aumentar la cobertura y la calidad de los servicios de salud en las áreas con pocos servicios; y

4. Aumentar la sostenibilidad programática, financiera y social de los programas de salud locales.

En su papel de socio clave para apoyar el OE, PCI acordó ampliar los servicios de salud materna, supervivencia infantil, salud reproductiva y planificación familiar, así como realizar actividades de prevención en la comunidad y el hogar dentro de las áreas geográficas mencionadas anteriormente. El procedimiento principal para llevar a cabo este trabajo sería reclutar y prestar asistencia a ciertas organizaciones no gubernamentales (ONGs) que, a su vez, proporcionarían estos servicios básicos de salud a nivel de las comunidades Los elementos principales del enfoque del programa de PCI tendrían que ser los enfoques hacia el cliente y los habitantes mayas, una perspectiva de género y la resolución de problemas por parte de la comunidad. USAID determinó estos enfoques como el eje alrededor del cual giraría la obtención de resultados establecidos por el OE.
La estrategia de apoyar a las ONGs para aumentar los servicios de salud a las comunidades que tienen poco acceso a ellos, o que no cuentan con ningún servicio, es parecida a la que adoptó el Ministerio de Salud (MSPAS) de Guatemala para su programa

de extensión de cobertura al área rural, el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). El programa de PCI se diseñó para complementar este trabajo.

El éxito obtenido por PCI en la ejecución de este programa debía medirse por medio de su progreso en la obtención de los Resultados Intermedios (RI) y los Resultados de Bajo Nivel (RBN), así como por medio de los indicadores que quedaron especificados en el convenio de cooperación. El Marco de Resultados del convenio se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1: Marco de resultados de USAID/G-CAP

Resultado Intermedio 1 (RI1): Más familias del área rural utilizan los servicios de salud materno-infantil de calidad

RBN1.1 Más hogares de las áreas prioritarias tienen mejores prácticas de salud.
RBN1.2 Más agentes comunitarios proporcionan atención de calidad.
RBM1.3 Más servicios de salud que proporcionan servicios de calidad.

Resultado Intermedio 2 (RI2): Los programas de salud materno-infantil están mejor administrados.

RBN2.1 Disponibilidad constante de suministros y equipo.
RBN2.2 Mejores sistemas financieros y administrativos para apoyar la toma de decisiones.
RBM2.3 Las comunidades participan activamente en la toma de decisiones.
RBM2.4 La planificación, el monitoreo y la evaluación se basan en datos confiables.

Resultado Intermedio 3 (RI3): Existe más abogacía local para la obtención de un mejor acceso al cuidado de la salud, en especial dentro de las mujeres.

RBN3.1 Entidades locales facilitan las actividades de abogacía.
RBN3.2 Documentación y difusión de las lecciones que se han aprendido a nivel local.
RBM3.3 Enlaces/alianzas establecidos con las actividades de abogacía a nivel nacional.

Cada año, USAID debe aprobar los planes de trabajo anuales formulados por PCI para alcanzar los resultados deseados. Además, el convenio también especifica que PCI debe elaborar y presentar un plan de monitoreo y evaluación para medir los avances logrados en relación con los indicadores propuestos. Este plan debe incluir metas y submetas específicas, numéricas y no numéricas, con las cuales se pueda seguir la trayectoria de los

avances logrados en la obtención de los RIs y los RBNs. (Vea el anexo A, El enfoque del Programa PCI y las actividades propuestas, que contiene una descripción completa del OE, el Marco de Resultados y los indicadores propuestos para las actividades que deben llevarse a cabo conforme al convenio de cooperación.) Los informes sobre desempeño, presentados en forma semestral, deben monitorear una serie de indicadores y metas esenciales, así como sobre los logros alcanzados y los planes futuros, y presentar informes sobre todos ellos.

II. PROPÓSITO Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

A. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN

El propósito de esta evaluación externa fue revisar el proyecto de PCI al alcanzar la mitad de su período y haber completado el segundo año de actividades en el país (Vea el anexo B, Alcance del trabajo, Evaluación de Mitad del Período). La intención de este informe es prestar mayor asistencia a PCI y USAID/G-CAP en la planificación de los últimos dos años de actividades del proyecto.

Este informe de evaluación:

- Determina el estado actual del problema PCI/Guatemala,
- Efectúa una revisión de las fortalezas de PCI/Guatemala,
- Resume los avances generales de PCI/Guatemala hasta la fecha, en cuanto a la obtención de los resultados delineados en su convenio y en el OE de la Misión,
- Analiza los problemas principales que impidieron los avances hacia la obtención de estos resultados,
- Examina aspectos financieros y de sostenibilidad, y
- Presenta una serie de recomendaciones en dos áreas:
  - Las opciones que existen para modificar los objetivos y las actividades del programa, y
  - Los cambios concretos que debería considerar PCI/Guatemala, sin importar las opciones o la combinación de opciones por las que se decida, tras consultar con USAID/G-CAP.

B. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La evaluación externa del Convenio de Cooperación (Núm. 520-A-00-97-00060-00) se llevó a cabo con un equipo de dos personas, del 6 al 28 de septiembre de 1999. La evaluación se efectuó por medio del Proyecto de Apoyo para Monitoreo, Evaluación y Diseño (MEDS) que funciona con fondos centralizados.

Las actividades principales del equipo de evaluación incluyeron las reuniones informativas sostenidas con USAID/G-CAP y con PCI/Guatemala, así como las reuniones con otros socios de USAID y con profesionales guatemaltecos que participan en la implementación del OE de la Misión. También se sostuvieron largas reuniones con algunos miembros individuales de USAID y PCI/Guatemala, del gobierno de Guatemala (G de G), representantes del programa SIAS y personal del MSPAS en San Marcos, Totonicapán e Ixcán. Adicionalmente, se visitó la oficina de PCI/Guatemala en Quetzaltenango, el centro de capacitación de Rxiin T'namet en Santiago Atitlán, y tres proyectos de ONGs socias de PCI: la Asociación Toto Integrado (ATI) y el Consejo de

Mujeres Mayas (CMM) en Totonicapán, y la Asociación de Comadronas de Ixcán "Nueva Vida" (ASOCVINU) en Ixcán, Quiché.

Se llevó a cabo una reunión con el personal de USAID/G-CAP para informarles sobre los principales hallazgos. Una agenda completa de las actividades, así como una lista de contactos se incluye al final de este informe, identificados como los anexos C y D. Una lista de documentos que proporcionaron PCI , USAID y otros se incluyen como el anexo E.

III. HALLAZGOS PRINCIPALES

A. RESULTADOS DEL PROGRAMA PCI/GUATEMALA

Estado actual del Programa PCI/Guatemala

En su propuesta original, PCI planteó un "...un programa de cuatro años de duración, de asistencia técnica enfocada a ayudar a que 10 o más ONGs seleccionadas desarrollen la capacidad necesaria para proporcionar atención primaria en salud, en especial servicios para la salud reproductiva, en aproximadamente 20 municipalidades objetivo, con una cobertura que alcanza el millón de personas".

Como parte de esta propuesta, PCI identificó a una ONG maya denominada Rxiin T'namet, dirigida por una mujer, y la convirtió en su socia principal para la ejecución del proyecto; su responsabilidad principal sería el área de capacitación. Rxiin T'namet lleva a cabo un programa de extensión de cobertura en Santiago Atitlán, muy similar al que propuso PCI en respuesta a la requisición de solicitudes (R de S) de USAID. Las dos organizaciones tienen un largo historial de trabajo colaborativo en el pasado.

Actualmente, PCI está a la mitad de su convenio de cooperación de 4 años. El proyecto cuenta con un personal compuesto por 28 personas, y tiene su oficina principal en la ciudad de Guatemala (14 empleados). También tiene una oficina regional en Quetzaltenango (1), y oficinas más pequeñas en Huehuetenango (2) e Ixcán (1). Además, cuenta con un centro de capacitación que opera el personal de Rxiin T'namet en Santiago Atitlán (1).

Las actividades principales del proyecto, hasta la fecha, incluyen una encuesta (por cuestionario) para potenciales ONG socias, un diagnóstico y línea basal que servirán como referencia para la evaluación de resultados y subcontratos con cinco ONGs mayas que participan en la actualidad en el programa PCI/Guatemala. (Los criterios de selección que elaboró PCI para determinar cuáles ONGs se incluirían en el proyecto se encuentran en el anexo F. En anexo G se encuentra la actualización del proyecto escrita en septiembre, 1999) Conforme a los términos de sus subcontratos, las organizaciones participantes reciben apoyo técnico y financiero proveniente del convenio de PCI para desarrollar sus capacidades institucionales con el fin de que presten servicios de salud a las comunidades en sus áreas de cobertura.

Las cinco ONGs que participan, y sus principales áreas de interés, se describen a continuación.

1. **Asociación Maya Pro-Salud (APROSAMI):** Esta ONG maya tiene su sede en San Miguel Ixtahuacán, departamento de San Marcos, y se fundó hace unos 10 años. Sus miembros son, en su mayoría, promotoras de salud y comadronas tradicionales. Durante el año 1999, la organización

espera brindar cobertura a unas 12,743 personas, que constituyen aproximadamente un 43 por ciento del total de la población de su área de captación.

2. **Asociación Toto Integrado (ATI):** ATI trabaja en las áreas rurales de Totonicapán para mejorar la salud de las mujeres y los niños, por medio de una integración de los servicios de salud pública de medicina moderna y los valores mayas sobre la salud. Esta organización trabaja esencialmente a través de las comadronas, los curanderos y los guías espirituales tradicionales. Además de proporcionar servicios de salud a los pacientes, les proveen plantas medicinales y otros tratamientos tradicionales. ATI espera brindar cobertura a 4,891 personas durante el año 1999, lo cual constituye el 5 por ciento del total de la población de su área de cobertura.

3. **Asociación de Comadronas de Ixcán "Nueva Vida" (ASOCVINU):** Esta es una organización de mujeres compuesta por aproximadamente 250 comadronas tradicionales, que representan a 42 comunidades de la municipalidad de Ixcán, Quiché. Se estima que un total de 9,220 habitantes recibirán cobertura en 1999, o sea, aproximadamente un 19 por ciento del área de cobertura.

4. **Asociación de Comadronas Mayas de Salud Materno Infantil (ACOMASMI):** Ésta es una organización compuesta por comadronas tradicionales con sede en Todos Santos Cuchumatánes, Huehuetenango. En la actualidad, opera en 41 comunidades pequeñas, conjuntamente con 4 médicos a quienes se les brinda algún apoyo con los fondos del proyecto. En 1999, la cobertura alcanzó a 11,088 habitantes, un 46 por ciento aproximado del total del área de captación.

5. **Consejo de Mujeres Mayas para el Desarrollo de San Cristóbal Totonicapán (CMM):** CMM es un grupo de comadronas que proporcionan sus servicios de partería a nueve comunidades. Anteriormente, había recibido capacitación por parte de la Organización Panamericana para la Salud (OPS). Ésta es una ONG nueva, relativamente urbana, y se estima que su cobertura para 1999 será de 22,666 personas, un 67 por ciento de la población del área en la que se desempeña.

Los convenios con ACOMASMI y con CMM son bastante recientes. PCI también había suscrito un convenio con una sexta ONG, pero recientemente lo dio por terminado. **La Asociación de Mujeres Ixpijakok (ADEMI)** se fundó para brindar asistencia a las viudas, víctimas de la guerra civil en Guatemala, y proporcionaba su apoyo a las comunidades rurales en los alrededores de Santa Apolonia, Chimaltenango. La población que cubría esta ONG era de aproximadamente 8,938 personas.

Se puede obtener más información acerca de cada una de estas organizaciones socias en las oficinas de PCI/Guatemala.

Fortalezas y logros del Programa PCI/Guatemala

Se identificaron una serie de fortalezas definitivas en el programa de PCI/Guatemala. Éstas constituyen la base sobre la cual PCI/Guatemala puede construir nuevos elementos en el programa, cuando sea necesario, para alcanzar más eficazmente los resultados estipulados por el convenio.

- La infraestructura del proyecto está establecida y está funcionando, y es adecuada para apoyar una rápida reiniciación de las actividades, una vez se hayan tomado las decisiones administrativas y programáticas necesarias para solucionar algunos de los problemas que han surgido en el proyecto;

- PCI/Guatemala tiene muy buenas relaciones en las áreas de salud, con los jefes de área del MSPAS en los departamentos donde el proyecto se lleva a cabo actualmente;

- El programa de SIAS, que antes objetaba ciertos aspectos del proyecto, está dispuesto a empezar a trabajar con PCI/Guatemala siempre y cuando se logren definir concretamente las áreas de colaboración;

- El proyecto tiene la cualidad de poder brindar asistencia a las ONGs en materia de administración y manejo de fondos, lo cual tiene mucha demanda, y en otras áreas técnicas que son prometedoras, especialmente en el campo de las farmacias comunitarias.

- PCI tiene buenas líneas basales y diagnósticos iniciales que le servirán de referencia para poder evaluar los resultados futuros, y podría proporcionarle a la Misión información, que no está disponible en otras fuentes, sobre la eficacia de los proyectos de salud de las ONGs; y el nuevo director del proyecto tiene mucha credibilidad entre los socios de USAID y los funcionarios de salud del MSPAS a nivel central, y en las áreas de salud.

Con estas fortalezas, PCI y la Misión podrán elaborar una mejor estrategia para el futuro del programa.

Avances del Programa PCI/Guatemala en el Marco de los Resultados y en la Obtención de Objetivos

Las Tablas 2 a 7, que se encuentran a continuación, presentan un resumen de los avances generales del proyecto hacia los logros que especifica el convenio[1] (1). Se presenta una tabla para cada RI y sus RBNs correspondientes (por ejemplo, la tabla 2), seguida por una tabla que contiene los indicadores para cada RI (tabla 3, por ejemplo). Esta información se obtuvo de los informes de PCI para la Misión y de otros documentos que PCI le proporcionó al equipo de evaluación. (Algunos de estos documentos aún estaban en forma de borradores, y pueden haber contenido información incompleta.) La sección IV incluye las conclusiones sobre los avances en la consecución de los resultados y los indicadores, así como sobre la cobertura de servicios clínicos, basada en los datos disponibles. En la sección V se incluye una somera descripción del trabajo que se llevó a cabo en Barillas e Ixcán, áreas geográficas que están estipuladas en el convenio de PCI.

Tabla 2: Resultado Intermedio 1 (RI 1): Más familias del área rural utilizan servicios de salud materno-infantil de mejor calidad.

Indicador	Cifras	Logros
RBN1.1 Más hogares de las áreas prioritarias han adoptado mejores prácticas de salud.	No existe información estandarizada.	▪ El sistema de información de PCI únicamente incluye el número de casos que reciben alguna clase de tratamiento clínico, pero no menciona el número de hogares que se han visto beneficiados. ▪ El número de charlas educativas impartidas por educadores y voluntarios se mencionan esporádicamente, pero no existe información que las relacione con los cambios en los hogares o con mejores hábitos de salud.
RBN1.2 Más agentes comunitarios proporcionan atención de calidad.	No existen datos relacionados con el resultado	▪ En la actualidad las 5 ONGs cuentan con 404 voluntarios, los cuales recibieron alguna capacitación brindada por los educadores de las ONGs, pero aún no se pueden considerar lo suficientemente capacitados como para proporcionar un servicio de calidad. En septiembre de 1999, 114 de estos voluntarios recibieron capacitación adicional para manejar 57 farmacias comunitarias (2 voluntarios por unidad).
RBM1.3 Más servicios de salud proporcionan servicios de calidad.	No existen datos relacionados con el resultado	▪ Este resultado depende de la definición de lo que se considera "servicios de salud " y "calidad de servicios". ▪ Una ONG (ATI) proporciona servicios clínicos en su sede algunos días de la semana. Mayormente los/las enfermeros/as y los educadores de las ONGs visitan unas 66 pequeñas comunidades, y proporcionan algunos servicios clínicos en los centros de

[1] Dificultades de los reportes sobre los resultados del proyecto: Es difícil describir el avance definitivo y concreto logrado por PCI en la obtención de resultados porque los informes no utilizan en forma consistente el formato de RI, RBN y de los indicadores. La información generalmente se proporciona en forma narrativa, y muchas veces no incluye cifras cuantitativas. Adicionalmente, PCI tabuló una cantidad considerable de información que no corresponde a los indicadores, por lo que no es posible utilizarla para informar sobre los resultados. Por ejemplo, PCI informa sobre el número de voluntarios que se han capacitado para transmitir mensajes educativos a las madres, pero no indica consistentemente el número de hogares o madres que han recibido esos mensajes. Sobre la cobertura clínica, se informa acerca de los cuidados prenatales, pero no se clasifican por primera o segunda visita prenatal, o por visitas durante el tercer trimestre, tal como lo requiere el indicador. Se mencionan los tratamientos que se han dado para las infecciones respiratorias agudas, pero no se indica el porcentaje de casos de pulmonía que se ha dado en niños menores de 5 años que fueron atendidos en servicios de salud, tal como lo requiere el indicador. Debido a estas dificultades en los informes, es posible que PCI haya logrado más avances en la obtención de resultados e indicadores que los que pudieron documentarse durante esta evaluación.

		convergencia comunales. Estos no se pueden considerar "servicios de calidad", dado que la cobertura es incipiente y que las personas que prestan los servicios no se encuentran debidamente capacitadas aún. ▪ Cuatro médicos prestan servicios de salud a través de ACOMASMI en Todos Santos, Huehuetenango. La calidad de estos servicios no se ha evaluado ni se ha documentado. ▪ Si las farmacias comunales se consideran "servicios de salud", entonces se pueden incluir las 57 que empezaron a funcionar en septiembre, pero todavía no se tiene ninguna información sobre la calidad de este servicio.

Tabla 3: Indicadores para el RI1

Indicador	Número de casos tratados (informes proporcionados por las ONGs)
Porcentaje de mujeres con complicaciones obstétricas o síntomas de peligro que llegan a los servicios de salud apropiados. Objetivo: incrementar al 20%	No existen datos
Porcentaje de nacimientos con intervalos de 2 años o más. Objetivo: de 70 a 73 para el año 2001.	No existen datos
Porcentaje de mujeres que completan 2 visitas prenatales (por lo menos una en el último mes de embarazo). Objetivo: incrementar al 100% para el año 2001	Se informó acerca de 441 controles prenatales.
Cobertura de Vacunación de niños de 12 a 23 meses de edad (polio, sarampión, DPT3, BCG; cada uno por separado y el porcentaje de niños que están totalmente inmunizados). Objetivo: Incrementar al 80% para el año 2001.	Se suministraron 7,734 dosis de vacunas
Porcentaje de episodios de diarrea en niños menores de 5 años tratados con terapia de rehidratación oral (TRO). Objetivo: incrementar al 80% para el año 2001	428 casos tratados
Porcentaje de casos de neumonía en niños menores de 5 años tratados en servicios de salud. Objetivo: incrementar al 75% para el año 2001	221 casos de IRA tratados
Porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Objetivo: incrementar al 65% para el año 2001.	No datos.

Tabla 4: Resultado intermedio 2 (RI2): Los programas de salud materno-infantil están mejor administrados

Indicador	Número	Logro
RBN 2.1 Disponibilidad constante de suministros y	57 farmacias comunales	Se abrieron 57 farmacias comunales en septiembre de 1999. Todavía no se tiene información sobre los resultados

equipo.		
RBN2.2 Mejores sistemas financieros y administrativos para apoyar la toma de decisiones.	5 ONGs	Se brindó capacitación a 5 ONGs y, a partir de septiembre de 1999, cuentan con un sistema administrativo funcional.
RBM2.3 Las comunidades participan activamente en la toma de decisiones.	--	Se informa acerca de algunas reuniones en las que participaron la ONG, el PCI y las comunidades. No existe una información sistemática acerca de este tipo de reuniones ni se establece una relación entre estas reuniones y la toma de decisiones que resultó como consecuencia de ellas.
RBM2.4 La planificación, el monitoreo y la evaluación de programas se basan en datos de calidad.	Las 5 ONGs utilizan los datos de la línea base y los datos obtenidos del censo para planificar sus actividades	Los datos obtenidos en los estudio de referencia se utilizaron para la capacitación de inducción de las 5 ONGs. PCI y las ONGs utilizan la información obtenida por medio de censos comunitarios para planificar sus actividades.

Tabla 5: Indicadores para el RI2

Indicador	Número
Número de días en que faltaron vacunas, anticonceptivos y clotrimoxazole en el inventario de suministros	▪ No se incluyeron en los informes como tales. No se está manejando ninguna clase de anticonceptivos en forma logística, hasta la fecha. Las vacunas las proporciona el MSPAS a nivel local. No hay ninguna documentación sobre la disponibilidad de vacunas. ▪ El clotrimoxazole se encuentra disponible en 57 farmacias comunitarias, pero no existe ninguna información todavía acerca de su uso o el reabastecimientode.
El porcentaje de las instalaciones con abastecimiento adecuado (entre el rango mínimo y máximo)	Igual que el anterior
Porcentaje de las comunidades participantes que utiliza metodología participativa para los servicios de salud materno-infantil, incluyendo la resolución de problemas, ejecución y módulos de monitoreo/evaluación	No se incluye en los informes
Porcentaje de las comunidades participantes que utilizan planes participativos de vigilancia/monitoreo (basados en los indicadores claves para la salud) para la toma de decisiones.	No está reportado.
Número de maternidades locales que han establecido los miembros de la comunidad con el apoyo del MSPAS y las ONGs locales	Ninguna hasta la fecha

Tabla 6: Resultado intermedio 3 (RI3): Existe más abogacía local para la obtención de un mejor acceso a los servicios salud, en especial para las mujeres.

Indicador	Número	Logros
RBN3.1 Entidades locales facilitan las actividades de abogacía.	No existen datos	No existen datos
RBN3. Documentación y difusión de las lecciones que se han aprendido a nivel local.	--	Las 5 ONGs comparten las lecciones que han aprendido sobre sistemas administrativos
RBM3.3. Enlaces/alianzas establecidos con las actividades de abogacía a nivel nacional.	No reportado como tal	No reportado como tal

Tabla 7: Los indicadores propuestos por PCI para determinar la abogacía.

Primer grupo de indicadores propuesto por PCI	
Indicador	**Datos**
Porcentaje del personal de las ONGs que es de origen maya	40%
Porcentaje del personal de las ONGs que es de sexo femenino	85.7%
Porcentaje de las juntas directivas de las ONGs que es de sexo femenino	33%, en los informes iniciales; el número se ha incrementado en los 2 años
Número de conferencias sobre la salud llevadas a cabo por ONGs mayas	No existen datos
Número de miembros de las ONGs que pertenecen a una alianza maya para la salud	No existen datos
Número de iniciativas de abogacía que se han identificado y que lleve a cabo una alianza maya para la salud	No existen datos
Indicadores adicionales propuestos por PCI en el segundo Plan de Monitoreo	
Indicador	**Datos**
Número de voluntarias mujeres	77.7%
Número de nuevos proyectos, iniciativas y acciones llevadas a cabo por una alianza maya para la salud	No existen datos
Número de experiencias intercambiadas entre 2 o más ONGs	Las 5 ONGs han compartido sus experiencias administrativas
Número de voluntarios que se han movilizado para que participen activamente en la planificación estratégica de las actividades de salud	No existen datos
Número de planes y estrategias que se han elaborado para las actividades de salud	Se ha elaborado 1 plan de trabajo por cada ONG
Número de ONGs que llevan a cabo eventos y reuniones para analizar/evaluar la situación de salud	No se ha documentado o presentado sistemáticamente

Cobertura y prestación de servicios de PCI

Como sugiere la información contenida en las tablas anteriores, PCI/Guatemala ha logrado poco avance en la consecución de los Resultados e Indicadores Intermedios y de Bajo Nivel durante los primeros dos años del proyecto. Algunas de las cifras bajas y/o falta de información sobre los avances podrían deberse a que no se sigue un patrón consistente para los informes y que todavía no se tiene un sistema de monitoreo y evaluación que funcione adecuadamente. Aun así, estos resultados no reflejan un desempeño consistente con las proyecciones que el mismo PCI presentó para este proyecto de cuatro años, ni se aproximan a las expectativas que USAID/G-CAP tiene en cuanto a un desempeño adecuado, como lo apuntan los indicadores que se incluyen en el convenio.

La información que se encuentra disponible acerca de la cobertura clínica, que se inició en marzo de 1999, también indica que el proyecto no ha progresado mucho en el aspecto de permitir un mayor acceso de las familias rurales a la atención médica básica. Es posible, sin embargo, que el sistema que se está utilizando para rendir los informes haya minimizado esos logros. Las tablas 5 y 6, representan la única información disponible

al momento de la evaluación sobre servicios clínicos , las tablas ilustran algunos de los problemas en la forma de elaborar los informes, pero permiten que se establezcan, a grandes rasgos, algunos cálculos sobre la extensión de cobertura clínica que necesita aumentarse.

La tabla 8 contiene las actividades en base a un período de tiempo (marzo - agosto 1999), pero incluye información proveniente de sólo tres ONGs: ATI (Totonicapán), APROSAMI (San Miguel Ixtahuacán) y ACOMASMI (Todos Santos, Huehuetenango. Los datos correspondientes a CMM (San Cristóbal Totonicapán), ASOCVINU (Ixcán) y ADEMI (Chimaltenango) no están incluidos en el informe. La tabla 9, que se encuentra a continuación, contiene información sobre las actividades por área geográfica, no por ONG, pero no incluye Ixcán. No especifica el período al que corresponden los datos, aunque presumiblemente representa la cobertura de marzo a junio de 1999, tal como se incluyó en el informe semestral del proyecto correspondiente al período enero-junio 1999. Como las cifras en las dos tablas no coinciden, debe de haber diferencias en los períodos de tiempo, o en la cobertura geográfica, o en ambos.

Tabla 8: Servicios en clínicas proporcionados por ATI, APROSAMI y ACOMASMI durante el período de marzo-agosto 1999

Actividad	Número
Cuidado prenatal	441
Cuidado postnatal	91
Vacunación infantil	7,734 dosis
Toxoide Tetánico para embarazadas	1,183 dosis
Tratamiento para diarrea	428
Tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA)	221
Tratamiento de neumonías	68
Morbilidad general	935
Emergencias	21
Control de crecimiento	40
Consultas clínicas	984
Seguimiento de casos	43
Control E.E. (sin explicación)	38
Pacientes referidos	14

Tabla 9: Servicios en las clínicas de Totonicapán, San Miguel Ixtahuacán, Chimaltenango y Todos Santos

Atención clínica	Número de casos
Cuidado prenatal	278
Cuidado postnatal	36
Tratamiento de diarrea	37

Tratamiento de neumonías	15
Tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA)	140
Atención general	722
Emergencias	11
Control de crecimiento	21
Espaciamiento de embarazos	18
Consultas clínicas	657
Seguimiento de casos	37
Referencias de pacientes	13
TOTAL	1,989

Fuente: PCI 1er informe Semestral Enero - Junio 1999, Anexo 1 Cuadro de resultados vinculados con el Plan Operativo anual. Pg. 10.

La cobertura promedio de vacunaciones mensuales se puede calcular con los datos incluidos en la tabla 8, lo cual indica que cada ONG vacunó a 429 niños mensualmente, durante el período de marzo a agosto de 1999, y suministró 65.7 dosis de Toxoide Tetánico para embarazadas, al mes. En base a la tabla 9 (suponiendo que cubre los cuatro meses—de marzo a junio de 1999—y que cada una de las cuatro áreas geográficas representa una ONG), cada ONG tuvo un promedio mensual de 124 consultas clínicas. Estas cifras, aun cuando son estimadas, son bastante bajas cuando se comparan con los resultados y los indicadores que se incluyen en el convenio de PCI.[2]

Los informes de PCI contienen alguna información sobre la cobertura no clinica, en especial sobre los contactos que los voluntarios tienen con las madres y con otros miembros de la comunidad. Sin embargo, estas cifras no siempre coinciden y tienden a traslaparse, de manera que no es posible hacer un cálculo sobre el promedio de contactos, fuera de las consultas clínicas (las cuales pueden incluir asesoramiento por parte de los voluntarios y el suministro de servicios, como lo sería una vacunación). No obstante, estas cifras alcanzan una dimensión similar a la de las cifras de cobertura que se mencionaron anteriormente y, en general, son muy bajas en relación a los logros que se esperaban obtener del proyecto.

Los avances de PCI en cuanto a los resultados y los indicadores, así como los cálculos bajos del nivel de cobertura se explican parcialmente por el hecho de que el proyecto estaba empezando recientemente con cobertura clínica y que se tropezó con un buen número de problemas de ejecución (que se mencionan más adelante), los cuales afectaron su desempeño. No puede esperarse, sin embargo, que estas cifras se incrementen substancialmente a medida que las ONGs del proyecto brinden más y mejores servicios. Esto se debe, principalmente, al tamaño de las ONGs, a sus áreas de cobertura y a su capacidad institucional. Lo anterior conlleva serias implicaciones para el desempeño a

[2] En el futuro, PCI debería tratar de mejorar la forma en que elabora los informes acerca de los servicios clínicos, incluyendo las definiciones de las categorías clínicas. Las categorías como “seguimiento de casos”, “pacientes referidos”, “asesoría clínica”, “emergencias”, “atención general” y “morbilidad” deben ampliarse para que incluyan un diagnóstico, en lo posible, y deberían asignarse a categorías que contribuyan al resultado y a los indicadores. También es importante que cada ONG informe sobre las mismas categorías clínicas, para que las cifras se puedan consolidar y agregar. Por último, PCI debería considerar la estandarización de sus informes en base a tiempo, período geográfico y ONG, de tal forma que los tipos de cobertura, así como las tendencias de ésta, puedan incluirse con toda exactitud en los informes.

largo plazo del proyecto, ya que los servicios de salud que pueden brindar las ONGs del PCI, como quiera que se calculen o se definan, únicamente llegarán a un porcentaje muy bajo de la población rural programada. Si se busca ampliar la cobertura en forma substancial y si se quiere que el proyecto avance conforme a lo que requiere el convenio de PCI con USAID/G-CAP, se deben considerar otras estrategias.

Barillas e Ixcán

A pesar de las disposiciones específicas relativas a que PCI/Guatemala debe llevar a cabo actividades en Barillas e Ixcán, los resultados del proyecto se pueden analizar en breves líneas.

- **Barillas:** PCI todavía no ha llevado a cabo ninguna actividad en Barillas, principalmente porque tuvo dificultades con el coordinador de SIAS en Huehuetenango. Ahora que este coordinador ha dejado su puesto, el proyecto se encuentra activo, buscando oportunidades para trabajar en esta zona.

- **Ixcán:** PCI empezó a trabajar en Ixcán en mayo de 1999 con ASOCVINU. Aparentemente, PCI decidió trabajar con esta ONG porque está formada por mujeres, cuenta con personería jurídica, y tiene un cierto grado de independencia ante las asociaciones que han formado las grandes ONGs en Ixcán. El grupo es pequeño y trabaja, con frecuencia en condiciones adversas, en las comunidades que se encuentran totalmente aisladas. ASOCVINU no tiene una verdadera infraestructura y su posibilidad de expansión es mínima.

Ixcán, sin embargo, ofrece posibilidades interesantes para las actividades de PCI en el futuro. El grado de organización de la comunidad en Ixcán es considerable y, por una variedad de razones, ninguna de las asociaciones de ONGs ha querido trabajar con SIAS. No obstante, el jefe de área del Ministerio de Salud en Ixcán está negociando con estos grupos y espera que estén dispuestos a solicitar el apoyo de SIAS en un futuro. Está interesado de manera particular en PCI, y le ha solicitado (al igual que lo han hecho otras áreas de salud) que la organización administre fondos de SIAS. (Las posibilidades que existen de que PCI acceda a este tipo de arreglo con el G de G, mediante el cual administre programas del SIAS, se discuten como una opción para actividades futuras bajo el encabezado Opción 2, en la sección de recomendaciones.)

En conclusión, los avances de PCI/Guatemala en la obtención de los RIs, los RBNs y los indicadores que se especifican en el convenio de cooperación pueden considerarse pobres. También se considera que es poco probable, dado el presente estado de las actividades y el hecho de que sólo restan dos años del convenio, que PCI llegue a alcanzar siquiera un pequeño porcentaje de sus metas originales de cobertura. A continuación se incluye un análisis de los problemas principales que, a juicio del equipo de evaluación, han afectado el desempeño de PCI hasta la fecha.

B. ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA PCI/GUATEMALA

La propuesta original de PCI, en la que se basó el convenio de cooperación, está muy bien escrita y es ambiciosa. En el momento de la adjudicación, la organización contaba con una relación de muchos años con la ONG maya Rxiin T'namet, la cual implementaba servicios de salud en las comunidades. Las actividades de PCI a nivel mundial sugerían que contaba con la experiencia necesaria para ejecutar esta actividad a gran escala. Por último, la propuesta era atractiva, debido a su disposición de colaborar estrechamente con el programa SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud) del MSPAS y por el énfasis que se puso en utilizar expertos técnicos locales.

Sin embargo, PCI no ha sido capaz de utilizar estas características positivas para llevar a cabo una estrategia efectiva y poder alcanzar las metas de salud pública que exige el Objetivo Estratégico. Las razones son complejas, pero muchos de los principales problemas del proyecto surgieron debido a las suposiciones sobre el alcance del programa de PCI en su propuesta original y a los parámetros que impuso el equipo local para seleccionar a las ONGs. Esto dio como resultado una estrategia local que estaba en disparidad con los objetivos básicos del OE de la Misión, y tornó imposible la consecución de los resultados definidos en el convenio.

Inconvenientes que se encontraron con el enfoque del Programa

Al hacer su propuesta, PCI asumió que su exitosa relación de muchos años con la ONG Rxiin T'namet constituía un modelo que podía replicar con las otras ONGs mayas. Ésta era una estrategia de mucho peso, ya que Rxiin T'namet tipificaba muchos aspectos del desarrollo de una ONG que PCI deseaba replicar por medio de este convenio. Rxiin T'namet es una organización indígena exitosa, dirigida por una mujer maya. PCI también supuso que esta replicación era factible como una estrategia para alcanzar los objetivos del programa. De hecho, probablemente ninguna de las suposiciones era acertada, por razones particulares de la asociación entre PCI y Rxiin T'namet y las características propias de Rxiin T'namet como organización. Algunas de estas razones son:

- La relación entre Rxiin T'namet y PCI ha existido durante 23 años. El grado de apoyo y de interacción probablemente tuvo algunas variaciones a través de los años, pero las raíces de esta sociedad son profundas y se fundamentaron en cierto grado de confianza mutua y apoyo. Era difícil que las características principales de dicha relación pudieran extraerse y transferirse a otras organizaciones mayas en un período de cuatro años.

- El proceso para lograr sostenibilidad e independencia que PCI destaca tan fuertemente en su propuesta, ejemplificado por Rxiin T'namet, es un proceso largo y complicado. Los cuatro años del proyecto no dan tiempo suficiente para avanzar mucho en la consecución de este objetivo, especialmente en el caso de las organizaciones que PCI buscó como socias.

- Como organización, Rxiin T'namet tiene muchos elementos que tornan su experiencia en algo muy individual. Éstos incluyen un área geográfica y una población relativamente bien definidas, con comunidades accesibles, dentro

de una zona de Guatemala que se ha desarrollado y ha recibido infusiones de fondos extranjeros, lo cual no se da en la mayoría de las áreas rurales. Esta ONG ha recibido atención internacional y apoyo para sus actividades, y cuenta con un historial de mujeres mayas dinámicas en posiciones de liderazgo.

- El área y la población que cubre Rxiin T'namet son relativamente reducidas. La organización también es bastante pequeña y las relaciones entre los miembros de su personal es muy personalizada. Con sólo ver el tamaño de esta ONG, se puede deducir que no es apropiada como modelo para una expansión a gran escala en las áreas rurales.

- La propuesta de PCI sugería que Rxiin T'namet, como institución maya, facilitaría sus relaciones con otras ONGs. Sin embargo, las entrevistas sugieren lo contrario. La fuerte alianza entre estas dos organizaciones probablemente actuó como una fuerza disuasiva para que algunas ONGs mayas no participaran en el Programa PCI.

Además de estos supuestos, el equipo local de PCI impuso muchas restricciones cuando definió los criterios para seleccionar a las ONGs con las que deseaba trabajar. Estos criterios (vea el anexo F), que se sugieren en la propuesta y se detallan en el informe trimestral del 30 de enero de 1998, limitaban a las contrapartes de PCI, las cuales debían ser ONGs de base comunitaria que estuvieran orientadas hacia la mujer, estuvieran administradas por mujeres y localizadas en comunidades indígenas del área rural.

El director local de PCI y algunos miembros de su equipo defendieron con ahínco estos criterios de selección, a pesar de la reserva expresada por los jefes de USAID/G-CAP acerca del tamaño y de las habilidades de las organizaciones que PCI identificó inicialmente como socias. Sin embargo, fue el mismo PCI quien definió la estrategia, y más tarde, PCI argumentó, en sus negociaciones con otras organizaciones y con el programa SIAS , que eran parte de las restricciones que USAID había impuesto al proyecto (y como tal, se convirtió en la excusa por parte de PCI para no colaborar más a fondo con el MSPAS y otras organizaciones).

La decisión de ejecutar el proyecto por medio del fortalecimiento de organizaciones de base comunitaria, tales como Rxiin T'namet, se basó en la interpretación de PCI de la Requisición de Solicitudes de la Misión, pero no era un requisito incluido en dicho documento. PCI escogió su propio modelo para proveer servicios de salud y utilizó sus propios criterios para escoger a las ONGs que participarían. Obviamente, estas decisiones tuvieron implicaciones de largo alcance en su desempeño. Aun cuando PCI hubiera tenido éxito en la identificación y fortalecimiento de las 10 ONGs que había propuesto originalmente, el proyecto nunca hubiera podido alcanzar las metas de cobertura descritas en la propuesta, ni tampoco hubiera podido lograr mayores avances en la consecución de los indicadores descritos en el convenio.

Falta de un plan estratégico o un marco para la obtención de resultados

Los documentos del proyecto muestran que PCI nunca tuvo un plan estratégico comprehensivo para ejecutar el programa en Guatemala. Dentro de la propuesta misma, la capacitación y otras actividades no están enlazadas con los resultados en forma sistemática. Tampoco existe una evidencia clara de que PCI comprendía a fondo la complejidad de los elementos del programa que proponían, particularmente en las áreas técnicas, en las que ni PCI ni Rxiin T'namet eran expertos (por ejemplo: la ejecución del AIEPI o las estrategias para mejorar el cuidado prenatal y neonatal). De igual forma, los cronogramas propuestos para muchas de las actividades no eran realistas (por ejemplo: la identificación de las ONGs que trabajarían con ellos y el establecimiento de los servicios clínicos básicos). Aún algunas actividades administrativas, en donde PCI cuenta con bastante experiencia (por ejemplo: los sistemas logísticos para los suministros, el aumento gradual de las contribuciones de las ONGs seleccionadas y una sostenibilidad administrativa propia) fueron propuestas sin hacer ninguna referencia a la necesidad que habría de planificación, de logística y, en algunos casos, de largas negociaciones que deberían llevarse a cabo con las ONGs y con sus socios.

Esta falta de planificación y la ausencia de un marco temporal realista para las actividades que se incluyeron en la propuesta se vieron reflejadas en el programa local. Como resultado, los informes trimestrales y semestrales de PCI y los planes de trabajo que se elaboraron durante estos dos primeros años, están orientados principalmente hacia los procesos, y se basan en la descripción de las actividades que se llevaron a cabo o las actividades que están planificadas, en vez de enfocarse en los avances logrados en cuanto a la obtención de resultados. Aunque el proyecto si refleja algunos logros durante sus fases iniciales (por ejemplo: las encuestas que sirven como líneas basales y la identificación de algunos socios), la planificación no se enlazó con los resultados e indicadores, y la estrategia, tal como estaba, se basó en "metas de oportunidad". Por esta razón, la mayoría de las actividades reflejaban metas a corto plazo, las cuales eran vulnerables a los cambios en el ambiente político y social inconstante en el que se centran las actividades del sector de salud en Guatemala. En ninguno de los documentos elaborados hasta el momento en que dejó su puesto el primer director del proyecto PCI, en el mes de julio de 1999, se encuentra una visión de lo que el proyecto debía hacer para lograr realizar las tareas que se había propuesto. Debido a esto, el programa pronto cayó en un patrón de echarle la culpa a otros por los objetivos definidos externamente, los cuales el proyecto no había sido capaz de alcanzar.

Discrepancias en los diferentes objetivos institucionales

A pesar de las conjeturas que se pudieron haber hecho inicialmente acerca de la sociedad que se constituía, USAID/Guatemala y PCI llevaron perspectivas institucionales muy distintas al proyecto. Basada en su estrategia de salud, la Misión consideraba a PCI como uno de tantos socios que le ayudarían a alcanzar las metas del OE. Por otro lado, PCI es una OPAV de los Estados Unidos, centrada básicamente en el desarrollo de las comunidades, a pesar de que sus actividades internacionales usualmente tienen un enfoque de sectores. Su forma de trabajo utiliza actividades que conducen al desarrollo de la identidad local, a la creación de sistemas de infraestructura y de administración, a la elaboración adecuada de informes y, por último, a la autosuficiencia. Adicionalmente, la mayor parte de su trabajo internacional se ha llevado a cabo por medio de convenios de

cooperación, mecanismos que permiten a los recipientes de la donación una gran flexibilidad para la implementación de actividades, pero que permiten a las agencias donantes que proporcionan las subvenciones un papel reducido en la administración, y muy poca posibilidad de injerencia efectiva en la ejecución de los programas.

Muchas de las críticas de USAID al proyecto de PCI derivan de estas diferencias básicas de enfoque de cada organización y del hecho que PCI no mostró flexibilidad para responder a lo que probablemente era un nuevo enfoque y unos requerimientos distintos que se exigían de su organización. El trabajo previo de PCI en el sector de salud de Guatemala era limitado, y no estaba lo suficientemente preparados para entrar agresivamente a la prestación de servicios médicos y ampliar la cobertura de los mismos, tal como lo había prometido, y como USAID esperaba. PCI Guatemala contaba con poca experiencia para trabajar con Paquetes de Resultados de la Misión y probablemente no comprendió, o no tomó en serio, las implicaciones que traería el ser evaluados bajo un Marco de Resultados bien articulado y bajo indicadores. Sin embargo, lo que PCI sí comprendía bastante bien era el mecanismo del convenio de cooperación, y cuando surgieron los problemas, PCI pudo utilizar la estructura del convenio como un escudo para protegerse contra su falta de rendimiento en aquellas áreas que USAID consideraba críticas.

Fortalecimiento institucional versus prestación de servicios

La decisión que tomó PCI de trabajar con ONGs extremadamente pequeñas no es sorprendente. Por el tamaño de las ONGs seleccionadas, era indudable que debía hacerse una inversión sustancial de los fondos del proyecto en el área del fortalecimiento institucional—un proceso que PCI conoce muy bien. La prestación de servicios de salud, así como el fortalecimiento de las capacidades clínicas de las organizaciones con poca experiencia en este campo, se relegaron a un segundo plano.

A la fecha, PCI/Guatemala considera que las cinco ONGs con las que ha estado trabajando se encuentran a la mitad del camino de un elaborado proceso de fortalecimiento institucional, lo cual, si se completa exitosamente, supone que las llevaría a ser autosuficientes. Aunque podría cuestionarse el supuesto avance hacia la obtención de la sostenibilidad, sí se debe destacar la fuerte inversión que PCI/Guatemala ha hecho en este proceso, que podía llevarse a cabo sin demasiado personal clínico o técnico, con el cual no ha contado el proyecto durante estos primeros dos años. Estratégicamente, sin embargo, este proceso de fortalecimiento retrasó, en vez de apoyar, la prestación de los servicios de salud. En tanto que algunas de estas actividades son beneficiosas, y podrían constituir las raíces del trabajo que PCI podría efectuar a gran escala, después de que se enmiende el proyecto, ésta ha sido una inversión bastante costosa, y seguramente no coincide con las expectativas de USAID/G-CAP.

Enfoque hacia los clientes y estrategias para la prevención en los hogares

Conforme a los términos de su propuesta original, PCI había identificado la promoción en los hogares y en la comunidad como un área crítica del programa, en respuesta al énfasis que la Misión hace en las madres, familias, hogares y comunidades. Sin embargo, han

transcurrido veintiún meses del programa, y la plaza clave que debía supervisar dichas actividades aún permanece vacante; lo que es más, este aspecto del programa no ha sido desarrollado. Éste podría ser uno de los problemas más serios que tiene PCI para alcanzar los resultados a bajo nivel, especialmente en el RI1, que trata específicamente acerca de las necesidades de los clientes.

Basados en la documentación que PCI/Guatemala proporcionó al equipo de evaluación, la programación que se ha hecho para el nivel más bajo (y que se podría decir que es el más importante) de la jerarquía de clientes—la madre y el hogar—se describe a continuación:

- Existe la suposición implícita de que los beneficios obtenidos por la ONG eventualmente recaerán en la comunidad, y finalmente, en el individuo. Esto coloca a los hogares y a las familias hasta abajo en la pirámide de actividades.

- La capacitación basada en información (la cual supone que los individuos actuarán correctamente basados en la información) que actualmente se proporciona a las educadoras, los voluntarios y los vigilantes de salud, era considerada como una estrategia comunitaria suficiente para llegar a aspectos de salud familiar en los hogares.

- Hay una suposición de que las mismas estrategias para movilización de las comunidades (por ejemplo: los planes a nivel de comunidades para emergencias obstétricas) pueden ser utilizadas para motivar y cambiar el comportamiento de los individuos dentro de sus hogares (por ejemplo: la lactancia materna exclusiva).

Estos supuestos han alejado a PCI/Guatemala de una programación que tenga como objetivo a los clientes y/o los hogares, y que haga énfasis en la prevención como una estrategia para proteger o mejorar el estado de la salud. Ésta es una oportunidad importante que se ha perdido, ya que PCI/Guatemala tiene cualidades muy positivas y buena experiencia a nivel de comunidades, lo cual facilitaría este enfoque. Esta área también podría ofrecer al proyecto un área técnica propia desde la cual complementaría a otros programas, en vez de competir con ellos.

Abogacía

El documento que describe el planteamiento de abogacía de PCI/Guatemala, así como los indicadores utilizados para medirlo, sugieren pocos avances en la definición e implementación de esta parte tan importante del proyecto. El planteamiento que se propone en la actualidad, así como los indicadores sobre abogacía que se incluyen en el plan de monitoreo y evaluación, no están claros ni bien definidos, y tampoco están bien fundados, desde el punto de vista técnico.

Para poder desarrollar este RI, PCI/Guatemala necesitaría contratar personal adicional e identificar a consultores externos con experiencia en este campo, con el fin de que le proporcionen asistencia técnica para tratar estos temas y desarrollar una estrategia

coherente y efectiva. Los miembros actuales del personal de PCI no cuentan con esta experiencia, y continuar con un empeño en un área que no parecen comprender constituye una pérdida de tiempo y de recursos.

Debido a que esta área técnica es una de las más débiles en la organización de PCI, debe considerarse cuidadosamente al momento de reformular el proyecto. USAID/G-CAP y PCI probablemente deseen darle una nueva dirección a las iniciativas en esta área, enfocándolas hacia áreas que pudieran brindar mayores beneficios a largo plazo para ambas organizaciones.

C. SERVICIOS CLÍNICOS Y NO CLÍNICOS

Servicios Clínicos

El sistema clínico apoyado por el programa PCI/Guatemala está basado en el fortalecimiento de los sistemas institucionales y de los servicios de salud de ONGs pequeñas que cumplen con los criterios de selección del proyecto, y cuyos miembros prestan en la actualidad alguna clase de servicio de salud (por ejemplo: las comadronas). Idealmente, el proyecto proporciona entonces la ayuda financiera y administrativa para extender la experiencia de las ONGs a otras áreas de salud y para ampliar el alcance de dichos servicios dentro de la comunidad. El sistema de servicios de salud, proporcionados por una ONG, y que proviene de este programa de asistencia, está basado en un modelo de cascada, el cual supone que cada nivel de personas entrena, y en cierto grado supervisa, al nivel inferior.

A través de su convenio con PCI/Guatemala, la ONG contrata personal clínico (usualmente enfermeras profesionales o auxiliar y varios educadores de la comunidad) quienes subsecuentemente reciben entrenamiento de Rxiin T'namet. En algunos casos, PCI también ha colaborado con las organizaciones para desarrollar o mejorar una pequeña clínica en su centro de operaciones y/o proporcionar ayuda parcial a los médicos para ampliar su alcance y mejorar la calidad del servicio. Los enfermeros y educadores trabajan directamente con las comunidades para identificar y reclutar voluntarios, los cuales se hacen responsables de hasta 20 familias. Entre las tareas de los voluntarios se encuentran: identificar a las mujeres embarazadas, asegurarse de que los niños tengan todas sus vacunas y animar a las mujeres para que asistan a las reuniones periódicas realizadas por la ONG en la comunidad para tratar temas de educación y/o para proporcionales algunos servicios clínicos básicos.

El sistema de PCI/Guatemala para la prestación de servicios clínicos está aún en sus primeras fases y no se puede decir que sus componentes funcionan adecuadamente, o que por medio de él se proporcionan servicios de calidad. Sus principales defectos son:

- Los servicios clínicos ofrecidos por la ONG aún no se extienden más allá de los que prestaba la organización anteriormente, aunque su cobertura podría ser mayor. Esto podría estar relacionado, en parte, al tiempo que tiene la ONG en el programa, pero también refleja otras fallas en la estrategia clínica.

- Los conocimientos clínicos de la mayoría del personal contratado son bastante básicos y necesitan mejorarse; la capacitación impartida por Rxiin T'namet durante el año pasado constituyó una introducción a los servicios clínicos y abarcó también las estrategias para la educación de adultos. No estuvo dirigido hacia el perfeccionamiento de los conocimientos clínicos de los participantes o al mejoramiento de sus habilidades para entrenar a otras personas en el campo clínico.

- Solamente los enfermeros y educadores de las ONGs reciben entrenamiento; no existen planes para entrenar a los voluntarios directamente en el campo clínico, con excepción de los voluntarios que administran las farmacias de las comunidades. Tampoco existen planes para impartir conocimientos clínicos, o mejorar las habilidades de los trabajadores de la comunidad en este campo, aparte del entrenamiento periódico que reciben de los educadores.

- No existe una estrategia de monitoreo o supervisión para la prestación de los servicios clínicos por parte de los enfermeros, los educadores, o los voluntarios que han recibido capacitación. PCI/Guatemala tampoco cuenta aún con un sistema de evaluación que funcione.

Para que el modelo de prestación de servicios del programa PCI funcione adecuadamente y para poder proporcionar servicios clínicos de mejor calidad, el personal de la ONG y los voluntarios necesitan que se les entrene exhaustivamente y que se fortalezcan sus conocimientos clínicos. Actualmente no existen un estándar para la atención que se presta, ni para todos los demás elementos cruciales necesarios y propios de un modelo de ejecución de servicios de mejor calidad. Éstos deben elaborarse e introducirse en el sistema. Los costos asociados con estos esfuerzos serían considerables y no se puede saber con certeza si las ONGs, aun recibiendo un influjo de tipo técnico y financiero proveniente de PCI, serían capaces de prestar servicios de calidad a un número suficientemente elevado de habitantes como para justificar el gasto.

Lo que debe definirse a corto plazo es el paquete exacto de servicios que estas ONGs pueden, y deberían, prestar. Una vez esto quede establecido, pueden ingresarse controles de calidad en el sistema. Finalmente, una vez se tenga una definición clara de dicho paquete de servicios, puede desarrollarse o adaptarse un sistema apropiado de monitoreo y evaluación.

Estrategias para los servicios no clínicos

PCI cuenta con dos estrategias de servicios que podrían llamarse no clínicas, aunque una, las farmacias comunitarias, probablemente llevará la mayor carga de los casos tratados del proyecto, si es que llega a tener éxito. Esta estrategia, y el uso de otros voluntarios, se describen a continuación.

PCI es una de muchas organizaciones en Guatemala, incluyendo el MSPAS, que apoyan la distribución de medicamentos en el área rural, a través de farmacias comunitarias. En septiembre de 1999, se entregaron los primeros productos farmacéuticos a los voluntarios

del proyecto, luego de que éstos recibieron capacitación por parte de la Fundación Dolores Bedoya, la cual fue subcontratada por PCI para entrenar a 30 educadores/enfermeras y a 114 voluntarios en el uso y el manejo de dichos productos.

Al momento de llevarse a cabo esta evaluación, los suministros para las farmacias comunitarias recién habían sido proporcionados y aún era muy pronto para poder evaluar su operación. Sin embargo, considerando que los voluntarios que administran las farmacias comunitarias cuentan con un nivel de competencia superior al del resto de los voluntarios del proyecto, éstos podrían convertirse en el segundo nivel de la atención clínica que el proyecto podría proveer a nivel de la comunidad.

Las cinco ONGs que trabajan actualmente con PCI cuentan con una red de 402 voluntarios que han sido contactados hasta la fecha, de los cuales 114 trabajan en las farmacias comunitarias. Los otros 288 voluntarios fueron seleccionados por la comunidad y han recibido alguna capacitación a través de los educadores, quienes también son responsables de su supervisión y monitoreo. Cada voluntario es responsable de 20 familias en su propia comunidad. Aún no está claro como se está llevando a cabo el trabajo de los voluntarios, o cuán efectivo ha sido este enfoque.

D. CAPACITACIÓN; ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIONES (IEC); ESTRATEGIAS PARA LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Las actividades de PCI en las áreas de capacitación, IEC y modificación de la conducta se desarrollaron como un solo componente del programa, sin una estrategia exhaustiva o un enfoque coherente. El proyecto nunca definió los objetivos relacionados con cambios de prácticas o las metas propias para las actividades que se llevarían a cabo en estas áreas, y los documentos del proyecto muestran una confusión en cuanto a lo que estas estrategias involucraban (por ejemplo: los informes de PCI muchas veces consideran los materiales para la capacitación y las actividades IEC como sinónimos). Como resultado, la mayor parte del trabajo que se llevó a cabo no fue efectivo. Al igual que en otras áreas técnicas, la falta de personal técnico de experiencia que supervise y dirija la ejecución de las actividades tuvo efectos muy negativos en la dirección y conformación del programa.

Capacitación

La capacitación ha sido uno de los mayores productos del programa durante los primeros dos años. En el período de noviembre de 1998 a mayo de 1999, Rxiin T'namet y PCI/Guatemala organizaron seis cursos de capacitación para personal clínico de las ONGs (enfermeros profesionales y auxiliares, educadores y, en algunos casos, médicos y personal administrativo). Los documentos de PCI se refieren a dichos cursos como capacitación clínica, pero la realidad es que dicha capacitación no impartió conocimientos clínicos, ni mejoró los que ya poseían los participantes. Por el contrario, estos cursos se diseñaron como una introducción a los mensajes claves, para familiarizar al personal de las ONGs con los asuntos principales en cada área clínica. Supuestamente, los conocimientos clínicos se impartirán en sesiones posteriores.

Participó en estos cursos el personal clínico de las ONGs asociadas que supervisarían la extensión de los servicios comunitarios, entre el cual se incluía a enfermeras graduadas y auxiliares, a educadores y, en algunos casos, a médicos y personal administrativo, quienes, a su vez, ayudarían a ampliar los servicios a las comunidades. La estrategia general era la de capacitar a ese mismo personal en todas las áreas, por lo que los participantes tendrían que ser, idealmente, los mismos para todos los cursos. Esto no sucedió como se esperaba, ya que las ONGs asociadas cambiaron y también el personal de algunas ONGs.

Los métodos principales utilizados en estos cursos para brindar la capacitación se basaron en los métodos de educación continua y educación para adultos. Rxiin T'namet proporcionó los materiales utilizados en estas ocasiones. El material más completo es el relativo a la planificación familiar; sin embargo, al momento de la evaluación, se estaban elaborando otros materiales, incluyendo un manual de supervivencia infantil. No se utilizaron materiales de otros proyectos de USAID, a pesar de que el director de Rxiin T'namet informó que está era la intención original. Los capacitandos también contaron con copias de algunos otros materiales provenientes de otras fuentes.

En general, estos cursos de capacitación adolecieron de varias deficiencias. Se llevaron a cabo sin antes determinar las necesidades de los participantes o las comunidades. Estuvieron enfocados primordialmente hacia los educadores de las ONGs, pero no contaron con una estrategia de seguimiento para supervisar, monitorear y asegurar la comprensión y el buen manejo del contenido. No previeron un método para monitorear la capacitación de seguimiento que se impartiría a los voluntarios, y no contaron con una manera de asegurar la mejoría de la calidad del servicio a este nivel. Sin embargo, la debilidad más substancial de esta estrategia de capacitación fue que, al finalizar el curso, el personal que asistió a dichos entrenamientos no logró una mejor preparación para hacer el trabajo principal del proyecto—la prestación de servicios de salud.[3]

Capacitación administrativa para las ONGs

PCI cuenta con una iniciativa de capacitación que es una excepción a lo referido anteriormente—la capacitación administrativa de las ONGs. Estos cursos, que se iniciaron en julio de 1999, están bien organizados, cuentan con el enfoque apropiado y están orientados hacia la obtención de resultados. El propósito de las actividades de capacitación es garantizar que las organizaciones serán capaces de asumir responsabilidad total sobre el manejo de los presupuestos anuales. A la fecha, y basado

[3] El papel desempeñado por Rxiin T'namet. Sería fácil culpar a Rxiin T'namet por la falta de logros específicos, debido al papel central que desempeña en el proyecto; sin embargo, los problemas de PCI no pueden ser atribuidos solamente a esta pequeña organización. Rxiin T'namet vio al proyecto como una oportunidad de ampliar su esfera de influencia y sus actividades. Acordó establecer, operar y administrar con su personal, un centro de capacitación conjuntamente con PCI, así como colaborar con las actividades de fortalecimiento institucional. No existe mucha duda en cuanto a que Rxiin T'namet ha participado de lleno en muchas de las principales decisiones del proyecto. La definición de los criterios de selección y la selección efectiva de las ONGs participantes; la elaboración de nuevos materiales de capacitación, así como el cambio de enfoque en la capacitación, desviándola del campo clínico hacia cursos más informativos que podía administrar fácilmente el personal de Rxiin T'namet, son algunos de los aspectos que probablemente reflejen las opiniones de la directora, por demás competente, de dicha organización. Sin embargo, al final de cuentas, el responsable de las decisiones del proyecto era PCI, y no una pequeña ONG que aceptó un papel que, quizás, no comprendió a cabalidad y que, probablemente, se encontraba más allá de sus capacidades institucionales.

en los tres talleres que se han impartido, todas las ONGs participantes están administrando sus propios fondos, con asistencia técnica y supervisión continua por parte de PCI. Éstas últimas disminuirán paulatinamente, a medida que las ONGs adquieran experiencia y confianza en su habilidad para administrar el proceso de los presupuestos.

La calidad general de estas actividades debe medirse en términos de resultados, y a pesar de que PCI/Guatemala afirma que las organizaciones ya son capaces de manejar sus presupuestos, sólo el tiempo lo dirá, ya que la capacitación aún se está llevando a cabo. En algunos informes, los capacitadores parecen ser más numerosos que las personas a las que se está capacitando. No obstante, todos los componentes de un buen programa de capacitación están presentes en este curso. Dado que la mayor parte de ONGs de Guatemala necesitan urgentemente un fortalecimiento de sus capacidades financieras y administrativas, ésta es una de las áreas que PCI debería formalizar y adaptar, con el fin de utilizarla en instituciones más grandes.[4]

Actividades de información, educación y comunicaciones (IEC)

El proyecto PCI nunca contó con una estrategia específica de IEC, a pesar de que, a través de Rxiin T'namet, erogó recursos para desarrollar materiales relacionados con las actividades de capacitación. Las actividades de IEC son un tema que aparece contantemente en los informes del proyecto pero, ante algunas preguntas que se formularon en cuanto a actividades específicas, las respuestas generalmente fueron bastante vagas. Sin embargo, entre las ONGs parece existir mucho interés por obtener más y mejores materiales para la educación de la comunidad. Si bien aún hay debates metodológicos sobre la efectividad de cambiar la conducta de la comunidad o la conducta individual de los habitantes por medio de los mensajes transmitidos a la población por los voluntarios de salud, el hecho es que ellos son el contacto principal que existe con los clientes del proyecto. Sería conveniente apoyar sus esfuerzos más decididamente, brindándoles materiales y (cuando resulte práctico) equipo, especialmente si con esto se apoya el trabajo de prevención.

Estrategias para la modificación de la conducta

Fue difícil establecer si PCI obtuvo logros en cuanto a la modificación de la conducta a nivel de hogares o individuos. Ciertamente, el proyecto no contó con actividades explícitas y, generalmente, el personal del proyecto no logra distinguir entre la conducta o las acciones de la comunidad y las del individuo, por lo que propone que deberían considerarse como un solo tema. Aún más significativo es el hecho de que, aparte de la capacitación para los voluntarios, no existen otras actividades enfocadas hacia los clientes.

[4] Estos comentarios no deben aplicarse al paquete completo de actividades de fortalecimiento institucional que ha sido definido por PCI. La mayoría de estas actividades no tienen ninguna relación con los temas más significativos de prestar servicios de salud en este momento, y distraen significativamente del objetivo principal—la ejecución de los servicios de salud.

Sin embargo, la programación y la prevención dirigidas a la comunidad y a los hogares formaban parte de la propuesta original de PCI y probablemente sea también una fortaleza institucional de la organización PCI en general. Después de dos años y a pesar de que adolece de muchos otros problemas, el proyecto cuenta con valiosa experiencia en el área rural y en las comunidades, y debería tratar aprovechar esta circunstancia. Éste podría ser un buen momento para reconsiderar algunos aspectos de su estrategia anterior y tratar de utilizar esta experiencia para llevar a cabo algunas actividades de prevención y de modificación de la conducta.

E. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Plan de monitoreo y evaluación para 1998

El primer plan de monitoreo y evaluación se presentó a USAID/G-CAP en marzo de 1998 y se aprobó para ese año, en el entendido de que se presentaría un plan enmendado en 1999, el cual cubriría el tiempo restante del convenio. El plan de 1998 incorporaba los RIs y los RBNs, pero no estaba completo y no tenía una estrategia clara y detallada. Los únicos datos sobre los indicadores que se debían obtener directamente de las comunidades y/o los hogares eran los correspondientes al RI1, y se haría por medio de una encuesta de los hogares, basada en la población. Todos los demás indicadores se medirían a nivel de las tareas y actividades llevadas a cabo por las ONGs.

Las ONGs, como unidad de medición para estos indicadores, era el medio más sencillo de obtener la información, pero esto supone que la actividad de las ONGs llega hasta las comunidades, los hogares, las madres y los niños y los beneficia en forma directa. Sin embargo, los indicadores procesados por medio de instituciones que prestan servicios no se convierten automáticamente en beneficios para la población.

En 1998, la estrategia para llevar a cabo el proyecto y las actividades concretas dirigidas a la obtención de los RIs y los RBNs todavía no habían quedado claras, y esta falta de claridad se refleja en el plan inicial sobre desempeño y monitoreo.

Plan de monitoreo y evaluación para 1999

El borrador de un plan enmendado de monitoreo y evaluación se presentó en agosto de 1999. USAID/G-CAP le proporcionó a PCI una serie de comentarios sobre el plan, que no fue aprobado. No se ha vuelto a presentar, ni debería presentarse hasta que se alcance un consenso acerca de las actividades que deben llevarse a cabo durante el resto del convenio.

El borrador del plan de monitoreo y evaluación se basa en el plan de trabajo, sus objetivos y el RI3. Incluye los indicadores de los resultados, productos, procesos e impacto. El plan incluye muchos de los elementos requeridos, pero se presentaron de tal forma que no tienen ilación ni un marco lógico o funcional.

Los distintos proveedores de servicios, voluntarios, educadores y personal de las clínicas serán los encargados de recopilar los datos para el RI1. Los instrumentos para rendir los informes se han simplificado; sin embargo, el sistema aún no se ha probado y validado para determinar si realmente funciona con los voluntarios. La inversión en tiempo, capacitación, supervisión, revisión de calidad y consolidación de la información, tal como está considerada actualmente, podría poner demasiada carga en los voluntarios y educadores y hacer que el sistema fracase.

Las ONGs estarán a cargo de informar acerca de la mayor parte de las actividades relacionadas con los RI2 y RI3 y los RBNs. Se describen una serie de indicadores de los procesos, pero éstos no están estructurados para que el resumen de los indicadores de proceso se incorpore en forma lógica a los indicadores del producto y del impacto. Aparecen únicamente como un registro aislado de las actividades. La forma en la que se describen los indicadores y el procedimiento para obtener la información no es ni sistemática, ni muy clara. Esta falta de claridad se debe probablemente a que no existe un plan de trabajo claro y preciso, en el que las actividades se relacionen con resultados, productos e indicadores precisos.

En teoría, el plan es similar a los sistemas de información sobre la salud que ha utilizado tradicionalmente el MSPAS y otras ONGs de mayor tamaño, y que hoy utiliza SIAS. Se basa en la presunción de que los manejará un personal bien entrenado, capaz y bien supervisado, quien tendrá suficiente tiempo y la habilidad necesaria para llenar todos los formularios y presentar datos exactos en los formularios de consolidación. Este supuesto, sin embargo, no ha logrado resultados muy positivos en otras instituciones. Por ejemplo, el sistema de SIAS que funciona con indicadores parecidos y personal similar en las ONGs con las cuales trabaja, ya tiene problemas de calidad y cantidad en los datos. Tampoco está claro si la información que se genera actualmente es compatible con los indicadores básicos de SIAS que el MSPAS propone para su uso en los informes a nivel nacional.

Los indicadores que se utilizaron para el IR3 (Abogacía) necesitan mejoras. Para ello, probablemente resulten útiles los intercambios con los socios de USAID que cuentan con la experiencia técnica en esta clase de intervenciones y sus correspondientes mediciones.

Está claro que PCI realizó un gran esfuerzo en los últimos meses para elaborar el plan enmendado. Sin embargo, las estrategias vagas para el proyecto, en general, afectaron directamente el plan de evaluación. Si las actividades no quedan claras, el plan de evaluaciones tampoco puede estar claro. Por lo tanto, si las actividades principales del proyecto se reestructuran, el plan de evaluación deberá adaptarse o rediseñarse en la misma medida.

F. ADMINISTRACIÓN

El proyecto PCI ha adolecido de serios problemas de gerencia desde sus inicios. Tal y como se indicó anteriormente, su pobre desempeño en cuestiones gerenciales estriba en las conjeturas erradas sobre la estrategia del proyecto, criterios rígidos y innecesarios para la selección de ONGs, y muy poca, si no es que ninguna, planificación en las áreas

críticas. Éstas han exacerbado las dificultades normales asociadas con cualquier inicio de proyecto, las que también se vieron agravadas por dos factores adicionales: pobre liderazgo del proyecto y la incapacidad del proyecto de mantener como parte de su staff personal con excelencia técnico que hubiera podido ayudar a solucionar estos problemas.

Muchos de los problemas gerenciales de PCI durante estos primeros dos años se pueden atribuir directamente a su selección de director del proyecto en el país. La organización ya solucionó este problema al contratar a un médico guatemalteco con experiencia. Es importante hacer notar, sin embargo, que el antiguo director dejó un legado de pocos logros, relaciones negativas con importantes actores nacionales e internacionales, y un personal que no se encuentra preparado para enfrentarse a un reinicio fuerte del programa de PCI en el país. Será necesario que tanto la sede de PCI en San Diego, como USAID/G-CAP brinden su ayuda y su apoyo al nuevo director del proyecto para que logre encauzar nuevamente el proyecto hacia sus metas originales.

El problema gerencial más importante que deberá resolver el nuevo director del proyecto será el del personal. En el pasado, PCI identificó y contrató cierto número de profesionales guatemaltecos calificados pero, en su mayoría, permanecieron muy poco tiempo con el proyecto. Como resultado, muchas plazas claves, que requerían personal técnico experto, permanecieron vacantes o fueron ocupadas por subordinados por largos períodos de tiempo, lo cual tuvo efectos negativos en el programa. En la actualidad, el proyecto no tiene ni el número ni el tipo de personal técnico necesario para montar un nuevo programa y sacarlo adelante con éxito. Sin embargo, hay buen personal, especialmente en el caso de las oficinas de Quetzaltenango e Ixcán, y el proyecto cuenta con algunos profesionales confiables y con mucha experiencia que podría encontrar un nuevo rol en las nuevas iniciativas. En general, PCI necesita un buen equipo técnico y gerencial-administrativo, que tendrá que estar conformado mayormente por personal nuevo. Ésta se considera la medida individual más importante que debe tomarse para volver a encauzar al proyecto, y debe hacerse a la mayor brevedad posible.

G. COORDINACIÓN

En términos generales, la anterior administración del proyecto no facilitaba o buscaba la coordinación o cooperación con otras OPAV de los Estados Unidos que son socias de USAID, ni con el sector público. El resultado es que casi no existen instancias de coordinación o cooperación de este proyecto con otras OPAVs o con el MSPAS. Sin embargo, la comunicación y las relaciones del director actual con los jefes de área de los departamentos donde PCI opera en la actualidad son buenas. Todos han expresado su deseo de que PCI continúe con su trabajo e incremente sus actividades en sus departamentos.

Socios de AID

Consejo de la Población

Se efectuaron varias visitas de sondeo a este socio. No existe ninguna coordinación concreta entre las dos entidades, ni se lleva a cabo ninguna actividad conjuntamente. El

director guatemalteco de proyectos del Consejo no creía que existieran áreas en las que podían colaborar, ya que ellos ya tienen los recursos adecuados y cuentan con un programa bien desarrollado y exitoso. Sin embargo, el director del programa encargado de las actividades de las ONGs expresó su disposición de intercambiar experiencias con PCI con el fin de proporcionarle copias de sus materiales.

APROFAM
Se llevaron a cabo varias visitas de sondeo a este socio. No existe una coordinación específica ni concreta entre las dos entidades, ni se han llevado a cabo actividades en conjunto todavía. APROFAM considera que PCI tiene los recursos y las relaciones dentro de la comunidad que pueden ser muy valiosas para una cooperación y coordinación futura, especialmente en zonas remotas, como Ixcán y Barillas.

Proyecto MotherCare (Cuidado Materno)
Algunos de los materiales que ha elaborado el proyecto MotherCare se han utilizado en las actividades de capacitación efectuadas por Rxiin T'namet. No ha habido más interacción entre estos dos socios financiados por USAID.

Proyecto POLICY
En la propuesta de PCI se describía al Proyecto POLICY como la fuente primordial de asistencia técnica y el socio principal en su empeño para promover las actividades de abogacía que estipula el convenio de PCI; sin embargo, esta colaboración no se ha llevado a cabo. Se han efectuado dos o tres reuniones con esta entidad, la primera promovida por el oficial de la Misión a cargo del proyecto PCI. La forma como el anterior director del proyecto PCI lo administraba y coordinaba no permitió que esta iniciativa prosperara.

Relación con SIAS

El coordinador de SIAS expresó al equipo de evaluación que SIAS siempre ha estado dispuesto a colaborar con PCI. No obstante, PCI nunca les presentó un plan concreto de acción, con especificaciones geográficas, por lo que no se establecieron jamás los mecanismos concretos necesarios para una coordinación entre ambas entidades. SIAS está dispuesto a cooperar con PCI y establecer una coordinación entre entidades, con la nueva administración del proyecto.

H. MANEJO DE FONDOS

Presupuesto y gastos

Los montos destinados al proyecto PCI son $6,340,878, provenientes de USAID/G-CAP y $3,810,294 (en efectivo y en especie), aportados por PCI, lo cual constituye un total de $10,151,172 que se encuentran disponibles para llevar a cabo el proyecto de cuatro años (de septiembre 1997 a septiembre del año 2001). Hasta el mes de junio de 1999, USAID obligó $4,039,362 al proyecto, de los cuales PCI ejecutó $1,429,136, lo cual significa que aún están disponibles $2,610,226 de los fondos aportados por USAID que el proyecto no ha ejecutado.

El índice de las erogaciones durante los últimos 12 meses ha sido de aproximadamente $80,000 por mes del proyecto. Los gastos correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre podrían ser aproximadamente los mismos, aunque los costos por expatriación han disminuido desde que el anterior director del proyecto dejó el puesto, y desde que el nuevo director detuvo algunas de las actividades del proyecto (capacitación, por ejemplo). Se han erogado fondos para nuevos rubros, como lo son la contratación de la Fundación Dolores Bedoya para la capacitación de los voluntarios en la administración de farmacias comunitarias y la obtención del inventario inicial de medicamentos que se expenderán en dichas farmacias.

El rubro más importante que se incluye en el presupuesto, y que cubre todo el tiempo de duración del proyecto, es el de las subvenciones a las ONGs, las cuales alcanzan un monto de $4,909,640.

Las contribuciones de contraparte estipuladas por el convenio deben constituir un 37.5 del total. Hasta el momento, PCI ha contribuido un monto de $233,053 como apoyo en especie y como fondos de contraparte, lo cual constituye un 14.0 por ciento de la suma total erogada. PCI está retrasada en cuanto a sus contribuciones de contraparte. Será difícil que PCI logre reunir esta cantidad de fondos de contraparte localmente, con las ONGs pequeñas con las cuales está trabajando. La necesidad de obtener ayuda proveniente de PCI/San Diego para apoyar el proyecto local de PCI es uno de los temas que deberá discutirse en las reuniones que se lleven a cabo entre USAID/G-CAP y PCI.

Sostenibilidad y Costos

PCI se encuentra trabajando en la actualidad con poblaciones mayas rurales y dispersas que viven en condiciones de extrema pobreza, y que tienen muy poco acceso, o no tienen acceso del todo, a los servicios de salud. Una estrategia de sostenibilidad y recuperación de costos para los servicios de salud, prestados a una población como ésta, es sumamente complicada. Algunas ONGs que participan en el programa de PCI cobran sumas reducidas por las consultas (1 Quetzal [Q1.00]), con la anuencia de las comunidades. Esta estrategia de cobrar por los servicios es muy útil para incrementar el valor de los servicios en la mente del cliente, y también puede ayudar a mantener a los voluntarios dentro del sistema, si de alguna manera éstos se ven beneficiados por este cobro nominal. No logrará, sin embargo, que una ONG se convierta en una organización autosuficiente.

Si una de las estrategias principales de PCI es que las ONGs pequeñas sean autosuficientes en dos o tres años, al terminar este proyecto, estas organizaciones tendrán que invertir su tiempo y sus recursos en buscar fondos adicionales que le permitan continuar sus actividades en el futuro. El énfasis que se ha puesto en el fortalecimiento institucional, de por sí, ya ha afectado el proceso de la prestación de servicios de salud. De continuar, el tiempo y los esfuerzos invertidos se desviarán del trabajo comunitario, el cual constituye el enfoque principal del proyecto.

PCI debería analizar los esfuerzos que lleva a cabo en la actualidad, y considerar ciertos ajustes al formular sus planes para los años restantes del proyecto. Ciertamente, la ONGs pueden, y deben, estar dispuestas a procurar y recibir fondos de otras fuentes, pero este esfuerzo no debe ser su actividad prioritaria. Una excepción en reducir el enfoque en sostenibilidad y recuperación de costos lo constituyen las recién abiertas farmacias comunitarias. Estas farmacias proporcionan medicinas básicas a muy bajo costo, y serán sostenibles si se maneja apropiadamente el mecanismo de un fondo revolvente. Como las farmacias también generan un margen pequeño de utilidad para el promotor de servicios, también se convierten en un incentivo para que el trabajador de salud en la comunidad se mantenga activo y siga participando en el sistema.

El fortalecimiento institucional de las ONGs, desarollado por PCI, les dará la oportunidad de convertirse en candidatas idóneas para recibir subvenciones de otros donantes, así como de SIAS, siempre que la estrategia de SIAS continúe igual después de las elecciones presidenciales de 1999. Si, debido a un cambio de gobierno, SIAS no sigue funcionando, todas las ONGs que en la actualidad prestan servicios de salud con fondos provenientes de SIAS, enfrentarán los mismos problemas financieros. En todo caso, se espera que cuando PCI proceda a ampliar la cobertura del proyecto, busque alianzas con instituciones que no necesiten un fortalecimiento tan intensivo como el que ha sido necesario brindarles a sus socias actuales.

IV. RECOMENDACIONES

A. LAS OPCIONES DEL PROGRAMA

PCI/Guatemala y la Misión ahora se enfrentan a la tarea considerable de establecer prioridades y de reestructurar las actividades del proyecto como respuesta al presupuesto con que todavía cuenta el proyecto y a un marco temporal mucho más reducido (el convenio de cooperación original debe finalizar en septiembre del año 2001). Este empeño probablemente incluya una modificación substancial en el enfoque técnico del proyecto, en sus objetivos y en sus actividades de desempeño.

Las principales opciones para reorganizar el proyecto se describen a continuación, aunque los elementos se pueden intercambiar y deberían enfocarse hacia la creación de un programa que tanto PCI como la Misión puedan apoyar. Estas opciones se han discutido en forma general con el nuevo director del proyecto, pero no siempre representan sus puntos de vista sobre el futuro del proyecto. De estas opciones, la Opción 4 le proporciona a PCI la mejor oportunidad para colocarse en un lugar dentro de la compleja red de organizaciones que apoyan las actividades relativas a la salud en Guatemala. También constituye el mayor beneficio para la cartera de salud de la Misión, ya que estaría encauzada hacia actividades que se llevarían a cabo en las áreas a las que, en la actualidad, no se presta tanta atención como se le otorga al sistema de prestación de servicios de salud.

Opción 1: Continuar con el programa actual

De escogerse esta opción, PCI modificaría la propuesta que presentara inicialmente pero, básicamente, seguiría utilizando la estrategia original que se delineó en la misma. Esto incluiría aumentar a 10 o más las ONGs mayas, de base comunitaria, que recibirían la asistencia de PCI. Continuaría apoyando a las pequeñas redes que existen para la prestación de servicios, utilizando su enfoque prioritario de fortalecimiento institucional, pero ahora en una forma mucho más realista.

Según esta opción, los requisitos del proyecto en cuanto a cobertura, así como las proyecciones sobre el logro de resultados, tendrían que rebajarse ostensiblemente. No es probable, sin embargo, que la Misión considere aceptables estas expectativas más bajas, dada la inversión financiera que se está haciendo. Esta opción probablemente se enfrentaría a la resistencia de SIAS, quien considera que PCI debería, por lo menos, ampliar la cobertura de servicios en una forma consistente con su cuantioso presupuesto.

Opción 2: Modificar la estrategia original con el fin de incrementar la cobertura, pero retener el enfoque hacia las ONGs mayas

Conforme a esta opción, PCI continuaría con parte de su estrategia actual, buscando alianzas con ONGs Mayas pequeñas, especialmente en las zonas donde el proyecto ya

está funcionando, y trabajaría diligentemente para ampliar su cobertura por medio de la contratación directa de médicos y enfermeros profesionales. Estos profesionales colaborarían con las ONGs para que, a su vez, amplíen su cobertura de las áreas rurales y mejoren la calidad de los servicios prestados.

Además, PCI buscaría actividades complementarias, en especial dentro de las áreas donde ya cuenta con capacidad y experiencia, que podrían apoyar, directa o indirectamente, las iniciativas de prestación de servicios por parte de otros. Éstos podrían incluir la asistencia en materia de administración y manejo de fondos a SIAS y, en algunos casos, una asistencia técnica prestada a las ONGs que trabajan con SIAS. Cuando PCI cuente con mayor experiencia en las farmacias comunitarias, ésta también sería un área que podría ampliarse en menor escala, prestando su colaboración a otros programas (manejando las actividades de sus farmacias, por ejemplo) o brindándoles asistencia técnica.

Bajo este escenario, los requisitos de cobertura tendrían que rebajarse, y los resultados que se espera obtener conforme al RI1 y el RI2 tendrían que modificarse. PCI probablemente llegaría a alcanzar algunas de las metas que indica el RI2, o todas ellas, pero alcanzaría muy pocas de las que indica el RI1, el cual se apoya en un involucramiento directo en la prestación de servicios y/o en la programación de las comunidades/hogares.

SIAS apoyaría la adopción de tal estrategia por parte de PCI, especialmente si el proyecto utiliza sus propios recursos para ahorrarse parte de la carga administrativa, a nivel del área de salud. Existen, sin embargo, asuntos concernientes a las contrataciones y a las duplicaciones de reportes de resultados, que el proyecto y USAID deberán considerar cuidadosamente. Esta opción también es menos atractiva porque compromete fondos adicionales por parte de la Misión para el programa de SIAS, aunque desde la perspectiva de costos institucionales y costos generales de PCI. Lo anterior también disminuye la flexibilidad de USAID en cuanto a los cambios mayores que puedan ocurrir en las estrategias del G de G como consecuencia de las próximas elecciones nacionales.

Opción 3: Expansión general del programa, enfocado hacia la prestación de servicios

Por medio de la Opción 3, PCI ampliaría las especificaciones relativas al tipo de ONGs con las que trabajará e incrementaría su número, mientras que continúa su relación con las cinco que ya participan en el programa. De acuerdo a este plan, el proyecto trataría de involucrar a ONGs mayas y no mayas, y ayudaría a mejorar la cobertura de los servicios de salud en las áreas geográficas que la Misión tiene como objetivo por medio de capacitación clínica, fortalecimiento institucional y otras estrategias. Se retendrían la mayor parte de los niveles del programa que se ofrecen actualmente, como parte de la estrategia de PCI, pero se enfatizaría primordialmente la prestación directa de servicios (curativos) clínicos a través de promotores, educadores y voluntarios de la comunidad.

Conforme a esta opción, las actividades de PCI esencialmente seguirían un desarrollo paralelo y reproducirían la organización de SIAS y, tratándose de organizaciones de base popular, podría representar un papel importante en su fortalecimiento, de manera que puedan convertirse en miembros de SIAS (lo cual, a medida que los fondos se vuelven más difíciles de obtener, se tornaría mucho más atractivo). PCI probablemente continuaría enfocando los esfuerzos del programa hacia las áreas geográficas que SIAS no cubre adecuadamente en la actualidad y, adicionalmente, buscaría una mayor colaboración con otras OPAVs y con donantes internacionales, así como con los socios de USAID. En esta última área, podría apoyar actividades técnicas que ayudaran a las organizaciones a complementar las intervenciones relativas a la salud (la capacitación y los materiales relativos a la supervivencia infantil que podrían utilizar las organizaciones especializadas en la planificación familiar y la asistencia técnica en materia de administración y manejo de fondos). SIAS apoyaría estas iniciativas, ya que le proporcionarían una mayor cobertura.

Este modelo representa, esencialmente una reducción y un refinamiento de las iniciativas anteriores de PCI, mientras que busca ampliar la cobertura total y mejorar su rendimiento relativo al RI1 y al RI2. Si llegara a adoptarse, las cifras proyectadas para la cobertura y el desempeño tendrían que reducirse, pero el proyecto trataría de responder en todas las áreas de resultados que se propusieron anteriormente. Esta opción representó con más exactitud el pensamiento original del nuevo director del proyecto PCI, aunque él contemplaba que los botiquines comunitarios desempeñaran un papel más importante en el área clínica, al igual que el promotor o voluntario que los manejara. Mientras que esta opción resulta aceptable a todos los interesados (PCI, USAID, SIAS y otros), hay ciertas cuestiones que deben considerarse.

Aunque éste es un modelo general que PCI ha tratado de utilizar en el pasado, la palabra "tratado" tiene aquí un significado muy particular, ya que el programa no tuvo mucho éxito en su empeño. Ni PCI ni la Misión deberían asumir la posibilidad de que esta opción les permita iniciar de inmediato un programa expandido, utilizando la experiencia pasada como base. Dado que PCI trabajó con organizaciones tan pequeñas, y que tuvo serios problemas de gerencia, no hay mucho en su trabajo anterior que pueda servir como una plataforma para continuar con esta estrategia. Las estrategias para brindar capacitación clínica, para el fortalecimiento institucional, y para identificar y manejar las relaciones con los socios, tendrían que replantearse. PCI también tendría que considerar una mejor forma de manejar los elementos que piensa retener, sin importar el nuevo rumbo que tome el programa (la logística para mantener el suministro de botiquines, la formalización de un pensum para impartir la capacitación administrativa, por ejemplo). PCI no empezaría de cero, pero se deben formar bases firmes sobre las cuales se pueda fundar esta estrategia para seguir adelante con ella.

Opción 4: Ampliar las actividades de PCI en las áreas de prevención y salud a nivel de hogares e individuos, mientras que se continúa el trabajo clínico y administrativo

Bajo este escenario, PCI seguiría apoyando a las ONGs con las que trabaja en la actualidad. En forma más general, sin embargo, buscaría alianzas con otros programas

más grandes que estén prestando ya servicios de salud a la comunidad por medio de ONGs. A través de estas alianzas, PCI podría proporcionar asistencia y apoyo técnicos en las áreas en las que ya cuentan con buena capacidad y experiencia (administración, manejo y los botiquines comunitarios). También podrían trabajar dentro del marco de estos programas para fortalecer la programación preventiva y la salud familiar a nivel de los hogares. Indiscutiblemente, SIAS y APROFAM son socios idóneos para esta iniciativa, pero podrían haber más.

PCI no cuenta en la actualidad con una capacidad adecuada en esta área, aunque ésta constituía una de las partes más importantes de la propuesta original. Sin embargo, sí tiene una serie de ventajas que podrían ser útiles para empezar de inmediato. Éstas incluyen la reciente experiencia que tuvo el nuevo director del proyecto en la elaboración de actividades de prevención a nivel de las comunidades y los hogares; algunos miembros del personal que cuentan con experiencia en las comunidades (incluyendo Rxiin T'namet), las redes apropiadas a nivel local y la necesidad urgente de contratar nuevo personal técnico en esta área para mejorar el trabajo de los voluntarios a nivel de la comunidad.

También existen otras razones para recomendar esta opción como el enfoque más apropiado:

- Existen excelentes materiales para apoyar este enfoque prioritario, los cuales se elaboraron en Guatemala en el año 1997 - 98 por el proyecto BASICS, que se manejaba localmente. Los materiales aún no se han utilizado en un programa a gran escala, aunque un análisis técnico externo los consideró excelentes. Estos materiales se relacionan con la supervivencia infantil, pero es posible que existan materiales complementarios relativos a la salud de la madre en los proyectos que funcionan localmente o en Honduras, en el programa comunitario nacional para la salud denominado Atención Integral del Niño (AIN).

- PCI podría alcanzar una buena posición dentro de la estrategia de USAID, la cual no recibe toda la atención que debiera, basada en el OE de la Misión (en particular el RI1). La mayor parte de las iniciativas que llevan a cabo los socios actuales de USAID están orientados hacia las mejoras en la prestación de servicio, y con la excepción de APROFAM y el projecto de ONGs del Population Council , ninguno trabaja directamente a nivel de los hogares. La mayor parte de los socios cuentan con elementos relativos a la prevención dentro de su programa, pero ninguna lleva a cabo trabajo orientado exclusivamente a intensificar las medidas de prevención.

- Una estrategia de apoyo de PCI que complemente el trabajo de sus principales socios, en vez de competir con ellos, posiblemente le brindará mayor comodidad a un proyecto que ha pasado por dos años sumamente difíciles. Ésta es una oportunidad de colaborar con sus socios y coordinarse con ellos para proporcionarles asistencia tendiente a resolver sus necesidades dentro de

un campo que ellos mismos identifiquen. Esto no era parte de los intereses prioritarios de PCI en el pasado.

Lo anterior no quiere decir que adoptar esta estrategia será fácil. Es un campo nuevo para PCI, y se necesitaría una inversión considerable. Sin embargo, cualquier opción que el proyecto escoja probablemente requiera la misma cantidad de trabajo. La estrategia de mercadeo de este concepto, debería realizarse a SIAS y a los otros socios con mucho cuidado. En el caso de SIAS, es probable que PCI también tenga que comprometerse a hace mayores inversiones en materia de asistencia técnica y financiera en otras áreas. Por último, PCI tiene un problema de credibilidad con los socios, y tendrá que hacer un esfuerzo especial para superar los reparos de todas ellas en cuanto a la capacidad de PCI.

No se recomienda que se adopten medidas de prevención y un enfoque hacia los hogares, excluyendo las otras actividades. Sin embargo, es un área muy importante, y PCI debería considerar esta opción (o una versión de ella) muy cuidadosamente. Si el proyecto está dispuesto a comprometerse, podría tener mucho éxito, y este éxito sería una contribución sustancial al panorama general del cuidado de la salud en las comunidades mayas de Guatemala.

B. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL PROGRAMA

Además de las anteriores opciones, PCI/Guatemala debe considerar una serie de recomendaciones concretas, sin importar la estrategia o la combinación de estrategias, que decida implantar en su programa en el futuro. En forma muy resumida, éstas son:

1. Empezar a trabajar de inmediato en un marco lógico completo de estrategias para el proyecto y, tan pronto como sea posible, elaborar planes detallados para ejecutar los principales componentes. Objetivos claros y actividades orientadas hacia la obtención de metas evitarán muchos de los problemas que se dieron en el pasado.

2. Solicitar a USAID que la presentación del nuevo plan de monitoreo y evaluación se lleve a cabo cuando se haya cumplido con la Recomendación 1. Este trabajo se facilitará una vez que el proyecto decida qué es lo que realmente quiere lograr.

3. Elaborar, conjuntamente con SIAS, un plan específico para apoyar sus actividades. PCI debería ser flexible y actuar rápidamente para acomodar las sugerencias que le brinde SIAS (dentro de lo que sea razonable y dentro de un presupuesto lógico).

4. Dar prioridad a la contratación de personal para el proyecto, y buscar a las personas idóneas por medio de una búsqueda a nivel nacional o centroamericano. Realizar cambios internos en el personal tan pronto como sea posible, antes de que las actividades del proyecto requieran que se involucre el personal actual y se compliquen más los cambios. La contratación de personal nuevo, técnicamente calificado, es la acción más

importante que puede tomar PCI para apoyar al nuevo director y crear las condiciones necesarias para volver a encauzar el proyecto hacia sus metas originales.

5. Considerar una mejor definición de "cobertura" en el proyecto, y sostener negociaciones con la Misión acerca de los resultados que se consideran factibles y asequibles para PCI, con el fin de que los logre alcanzar durante los dos años restantes del proyecto. También se debe considerar solicitar a USAID la eliminación o redefinición de las actividades bajo IR3, abogacía.

6. Incorporar al cliente y al usuario final directamente a la planificación del programa. Tratar de evaluar las necesidades y las capacidades de los individuos y de los hogares, así como las exigencias del sistema para la prestación de servicios cuando se diseñen las actividades. Agregar medidas de prevención como un componente específico del programa PCI, sin importar la opción que el proyecto decida adoptar.

7. Definir, a corto plazo, un paquete específico de servicios que pueden y deben prestar las ONGs que trabajan con el programa de PCI/Guatemala en la actualidad. Actuar rápidamente para implementar este paquete, para que los clientes reciban servicios aceptables y de buena calidad, mientras que se hacen los ajustes necesarios en el programa más amplio.

8. Empezar a consolidar los paquetes técnicos de inmediato. Éstos incluyen los materiales para la capacitación, los materiales educativos y los relativos a la modificación de conductas, los cuales deberán apoyar todas las intervenciones que piensa llevar a cabo PCI (medidas de prevención, servicios clínicos y extensión de cobertura a los hogares). Los materiales deberán obtenerse de las fuentes existentes y deberán adaptarse sólo en la medida que sea esencial. Considerar estrategias innovadoras (educación a distancia, programas comunitarios basados en el modelo AIN) y erogar los suficientes recursos del proyecto como para garantizar que cada una de las personas capacitadas, sin importar el tema o el nivel de la capacitación, tengan suficientes materiales para llevarse de vuelta a su lugar de origen para utilizarlos en su trabajo. Entregar tanto material como sea factible y apropiado en manos de los voluntarios y de los vigilantes de salud, quienes serán los que tengan más impacto en el estado de salud de la comunidad.

9. Poner menos énfasis o eliminar del todo la autosostenibilidad y todas las actividades que se le relacionen con ella cuando se trabaje con ONGs en el futuro. No es una meta razonable para el poco tiempo que le resta al proyecto. También se deberá evitar, sin embargo, el apoyo a las estrategias que no se consideren autosostenibles (la contratación de médicos y/o enfermeros profesionales que trabajen en zonas aisladas), si

no hay posibilidad de que estos servicios continúen después de finalizado el proyecto. Asegurarse de que las propuestas para contratar personal clínico se discutan ampliamente con SIAS, particularmente las posibilidades que existen de que los servicios continúen al finalizar el proyecto.

10. Pedir una participación más activa en el proyecto del personal que labora en PCI/San Diego y el personal regional de PCI. Solicitar mayor ayuda de la sede, en especial cuando se trata de áreas problemáticas en las que el nuevo director del proyecto no tiene mucha experiencia. De esto se trata especialmente el aporte de las contrapartes, y la sede de PCI debería responder a este importante punto.

ANEXOS

A. El enfoque del Programa PCI y las actividades propuestas, Propuesta original presentada a USAID/G-CAP el 30 de julio de 1997 45
B. Alcance del trabajo, Evaluación de Mitad del Período del Convenio de Cooperación suscrito con PCI 59
C. Agenda de la evaluación.....67
D. Personas contactadas 71
E. Documentos revisados 75
F. Criterios de selección para las ONGs, Informe narrativo trimestral de PCI presentado el 30 de enero de 1998 79
G. PCI/Guatemala "Better Health For Rural Women And Children" actualización del proyecto, Septiembre, 1999 81
H. Respuesta del Proyecto Concern International al borrador del Informe de Evaluación, 8 de noviembre de 1999 91

ANEXO A

EL ENFOQUE DEL PROGRAMA PCI
Y LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS

PROPUESTA ORIGINAL PRESENTADA A USAID/G-CAP
EL 30 DE JULIO DE 1997

ANEXO B

ALCANCE DEL TRABAJO
EVALUACIÓN DE MITAD DEL PERÍODO
DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN SUSCRITO CON PCI

ANEXO C

AGENDA DE LA EVALUACIÓN

Day	Hour	Activity
Monday 9/6/99	a.m. p.m.	Arrival of Melody Trott in Guatemala Planning meeting of evaluation team, Melody Trott and Barbara Schieber
Tuesday 9/7/99	a.m. p.m.	Planning meeting of evaluation team Meeting with USAID Mission, George Garner, Mary Ann Anderson, Edward Scholl, Lucrecia Castillo
Wednesday 9/8/99	a.m. p.m.	Meetings with PCI Director, Roberto Aldana Meetings with PCI team
Thursday 9/9/99	a.m. p.m.	Meetings with PCI team Meetings with PCI team
Friday 9/10/ 99	a.m. p.m.	Meeting with MOH SIAS Director, Hedi Deman Meeting with Population Council, Maria Ann Burkhard, Marcello Castrillo
Saturday 9/11/99	a.m. p.m.	Revision of documentation, meeting of evaluation team, development of outline of evaluation report
Monday 9/13/99	a.m. p.m.	Trip to Quetzaltenango via airplane Meeting with PCI staff of the Quetzaltenango office Meeting with Jefe De Area of San Marcos, Alfredo Juarez, Director of SIAS of San Marcos, Dr. Osmin Reina NGO APROSAMI
Tuesday 9/14/99	a.m. p.m.	Meeting with Jefe de Area of Totonicapán, Dr. Jaime Rios, Director of Centro de Salud of San Cristobal Totonicapán, Dr. Pedroso NGO ATI from Totonicapán and CMM from San Cristobal Totonicapán Return trip to Guatemala via airplane
Wednesday 9/15/99		Meeting of the evaluation team, revision of documents, report writing
Thursday 9/16/99	a.m. p.m.	Trip to Ixcán via airplane Meeting with PCI staff Ixcán, Christine Almrot NGO ASOCVINU Meeting with Jefe de Area of Ixcán, Dr. Vinicio del Valle, Coodinator of SIAS of Ixcán, Dr. Nicolas Ceron
Friday 9/17/99	a.m. p.m.	Return trip to Guatemala via airplane Meeting of the evaluation team Writing of report
Saturday 9/18/99	a.m. p.m.	Discussion of field trip findings Writing of report
Monday 9/20/99	a.m. p.m.	Trip to Rixiin T'namet, Santiago Atitlán, Sololá Meeting with Rixiin T'namet Director, Leticia Toj Writing of report
Tuesday 9/21/99	a.m. p.m.	Discussion of report Writing of report
Wednesday 9/22/99	a.m. p.m.	Writing of report Meeting with PCI Director, Roberto Aldana
Thursday 9/23/99	a.m. p.m.	Meeting with APROFAM, Dr. Erwin Montufar, Dr. Rebecca Arivillaga Meeting with USAID Mission, Mary Ann Anderson, Edward Scholl, Lucrecia Castillo Writing of report
Friday 9/24/99		Writing of report
Saturday 9/25/99		Writing of report
Monday 9/27/99	a.m. p.m.	Writing of report Debriefing USAID Mission
Tuesday 9/28/99	a.m. p.m.	Delivery of draft version of evaluation report Melody Trott's return trip to Washington

ANEXO D

PERSONAS CONTACTADAS

USAID Mission

Dr. Lucrecia Castillo	PCI Project Officer
Edward Scholl	Reproductive Health Sector
Dr. Mary Ann Anderson	Health and Education Director
George Garner	Mission Director

Population Council

Mary Anne Burkhard	Director
Marcello Castrillo	Program Director

Ministry of Health of Guatemala, SIAS

Lcda. Hedi Deman

APROFAM

Dr. Erwin Montufar	Subdirector APROFAM
Dr. Rebecca Arivillaga	Director of Community Programs

Rixiin T'namet

Leticia Toj

Jefatura de Area de San Marcos

Dr. Alfredo Juarez	Area Director
Dr. Osmin Reina	SIAS Coordinator

Jefatura de Area de Totonicapán

Dr. Jaime Rios	Area Director
Dr. Pedroso	District Director, San Cristobal Totonicapán

Jefatura de Area de Ixcán

Dr. Vinicio del Valle	Area Director
Dr. Nicolas Ceron	PAHO, SIAS Coordinator

ATI, *Asociación Toto Integrado*, Totonicapán (NGO)

Eustaquio Domingo Menchu	Director
Olivia Guix de Morales	Nurse
Rosa Josefina Batz	Educator
Teresa de Jesus Menchu	Educator

GO, CMM, *Consejo de Mujeres Mayas de Desarrollo Integral*, San Cristobal Totonicapán (NGO)

Julia Herlinda Ixcoy	President
Santos Pascuala Cuc	Vice-President
Mercedes Bernabela Aguilar	Secretary
Santos Gregoria Canastuj	Treasurer
Victoria Alvarado Chajon	Vocal I
Maria Leticia Ola	Vocal II
Lidia Alejandrina Say	Vocal III

APROSAMI, *Organización de Promotores Rurales de Salud del Municipio de San Miguel Ixtahacan*, San Miguel Ixtahuacan, San Marcos (NGO)

Eligio Aguilar Bamaca	Legal Representative
Eugenio Marcelino Lopez	General Coordinator
Jose Santos Castañon	Vice-President
Jose Florencio Domingo	Secretary
Roberto Lazaro Aquilar	Treasurer

ASOCVINU, *Asociación de Comadronas "Vida Nueva"*, Ixcán (NGO)

Marta Lidia Garcia	General Coordinator
Blanca Eloisa Pangan Sis	Accountant
Lidia Cardona Gonzales	Auxiliary Nurse
Maria Evangelina del Cid	Educator
Ana Maria Muñoz	Educator
Maria del Carmen Pinzon	Educator
Modesta Escobar	Educator
Mildred Maritza Vargas	Educator

PCI Staff

Dr. Roberto Aldana	Executive Director
Dr. Edmundo Alvarez	Evaluation and Monitoring
Cesar Arroche	Administrator
Reina Lopez	Training
Christine Almrot	Coordinator, Ixcán
Sonia Quixtan	Field director, Quetzaltenango
Dr. Jorge Maldonado	Community pharmacies
Christy Mund	NGO strengthening
Rene Caraballo	Coordinator, Quetzaltenango
Juan Gomez	Administration Coordinator, Quetzaltenango

PCI Field Staff of Quetzaltenango Office

Maria Elena Sucuqui
Paulina Navarro
Marcelina Matias
Victoria Aguilar

Former PCI Staff

ANEXO E

DOCUMENTOS REVISADOS

USAID Documentation

USAID Mission, RFA "Better Health for Rural Women and Children"

USAID/G–CAP Health Strategy, 1997–2001, Guatemala, Central America

Diverse written communications between the Mission, PCI, Guatemala, PCI San Diego, MOH

SIAS, Extension de Cobertura Primer Nivel de Atencion, Experiencia Guatemalteca de Alianza Estrategica del Sector Publico con ONGs para la Provision de Servicios de Salud, Guatemala, Junio 1999

Midterm Evaluation. Population Council, Element II, Technical and Financial Assistance to NGOs, USAID/G–CAP Cooperative Agreement No. 520-0357-A-4169-00.

PCI Documentation

PCI Proposal: Developing Mayan-Based Health Care Systems for Rural Women and Children

Cooperative Agreement No. 520 - A00-97-00060-00

Amendments of the Cooperative Agreement

Implementation Plan 1998

Second Annual Work Plan 1999

Revised Second Annual Work Plan

Quarterly Financial Status Report

Month Ending Reports

Revised Performance Monitoring Plan, March 1998

Quarterly Narrative Report, October 1997–December 1997

Semi-Annual Narrative Report, October 1997–March 1998

Technical Report October 1997–March 1998

Technical Report, Second Semi-Annual Report, April 1998–September 1998

Technical Report, October–December 1998

Technical Report, Semi-Annual Report, January–June 1999

Result Framework for the Annual Work Plan

Report of Training Activities, January–June 1999, Administration and Health

Report of Assessment of Training Needs of NGOs

Report of Health Information System

Baseline Survey Methodology and Results

Strategy for Advocacy

Monitoring and Evaluation Plan, Preliminary Version, June 1999

Strategy and Report for the Implementation of the Community Pharmacies, Botiquines

Clinical Services Outline, Preliminary Version

Structure and Information of the NGOs

Agreements, Work Plan for 1998, 1999, monthly and quarterly financial reports of the NGOs

Financial and Administrative Rules and Regulations, Staff Profile and Job Descriptions

ANEXO F

CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LAS ONGS, INFORME NARRATIVO TRIMESTRAL DE PCI PRESENTADO EL 30 DE ENERO DE 1998

ANEXO G

PCI/GUATEMALA "BETTER HEALTH FOR RURAL WOMEN AND CHILDREN" ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO

SEPTIEMBRE, 1999

ANEXO H

RESPUESTA DEL PROYECTO CONCERN INTERNATIONAL AL BORRADOR DEL INFORME DE EVALUACIÓN

8 DE NOVIEMBRE DE 1999

Project Concern International

Response to the Mid-Term Evaluation of
"Better Health for Rural Women and Children"
Cooperative Agreement No. 520-00-97-00060-00

General Observations

Project Concern International (PCI) wishes to extend its appreciation to the Evaluation Team for their efforts in conducting the Mid-Term Evaluation of the Better Health project, especially given that a very extensive evaluation was conducted in a relatively short time period. PCI would like to take this opportunity to provide greater information regarding aspects of the evaluation that were not accurately and/or comprehensively reflected in the draft report provided by the Evaluation Team. PCI views many of the comments and recommendations as valid and have taken them into consideration. However, in other important respects the report does not accurately reflect PCI's work, its progress or the context in which the work took place. Furthermore, comments and observations in the report tend to minimize key processes that are fundamental in strengthening NGOs' capacity to provide health care services in rural areas. The programmatic options for the future of the project as presented in the evaluation report are at times ambiguous and contradictory despite clear discussions between PCI's current Country Director, USAID Mission health officials and the Evaluation Team regarding future project strategies. The options do not accurately describe many of the key elements agreed upon between PCI and USAID.

PCI acknowledges the management problems it faced in Guatemala in the past and the challenges these presented to more successful project implementation. In this respect, it generally agrees with the evaluation team, and has together with the Mission, made significant changes as early as July of this year including a change in directorship. PCI anticipates this progress to continue and has worked closely with the Mission to ensure sound collaboration.

I. Mayan Focus, Gender Focus and Community Participation

(Please refer to Page ii, paragraph 4 of the Executive Summary, Page 15, paragraph 7 and Page 16, paragraphs 1-2 of Section B, "PCI/Guatemala Strategies".)

While the strategies implemented by PCI inherently required a slower start-up of the project, PCI would like to mention that the Mayan Focus, Gender Focus, Community Participation and Advocacy are all key elements to the Better Health strategy **as defined in the RFA, issued in 1997.** The focus of the Better Health project on Mayan populations, increased access to services for women and community participation is not one that PCI invented. Rather, the PCI strategy proposed fits into the framework provided in the RFA, and has been accepted and promoted by USAID through approval of the proposal and first two work plans presented by PCI.

II. Timeline for Project Implementation

(Please refer to Page ii, of the Executive Summary and Page 1, Section I, "Background")

The Chief of Party for the project was not approved by USAID until November 24, 1997, nearly 3 months after the project was awarded to PCI. Until that time PCI was advised in writing to refrain from making expenditures to the grant until the USAID/G-CAP Mission approved a Chief of Party. The Chief of Party moved to Guatemala and lead PCI staff in developing the first Annual Work Plan, submitted in January 1998.

The first Annual Work Plan was approved on May 6, 1998 by means of a letter congratulating PCI on the Plan and the second Work Plan was approved on June 3, 1999. Essentially, the project was implemented according to an approved Work Plan for 16 months: **eight months in 1998 (May-December), and eight months in 1999 (January-August). The report developed by the Evaluation Team failed to not this important contextualization. The reader is led to believe that two years of activities have transpired with little result to show for it.** These were time limitations unforeseen either by PCI or USAID.

PCI provided documentation and verbally pointed out to the Evaluation Team that the project had actually been implemented for only **16 months at the time of the evaluation, not two years as the Evaluation team asserts.** This is one of the reasons why PCI proposed that the evaluation be conducted at a later date.

III. NGO Selection and Strengthening Process

(Please refer to Page 17, paragraphs 3-4, Section B. "PCI/Guatemala Strategies".)

PCI recognizes that the time it would take to identify appropriate NGOs was underestimated in the original proposal. One of the challenges PCI encountered was identifying NGOs with available geographic area to cover , as many NGOs were already working with SIAS funds or under agreements with other USAID funded projects. Given the community-based, Mayan focus of the Better Health project, PCI held NGO meetings in the target departments and had initial contact with approximately 50 NGOs. Of these, PCI selected 25 NGOs with whom to carry out interviews. PCI then visited the communities in which 12 organizations work and eventually six NGOs were selected.

During the first 16 months of the project implementation, PCI's investment in identifying, strengthening and assisting in community organization with grassroots NGOs has contributed to NGOs' increased capacity to provide services. *(Please see attached document entitled "Project Update", describing PCI's achievements in this regard.)* **PCI believes it to be unrealistic and unwise from a development perspective to expect dramatic service delivery results from NGO partners so early into the process without working with NGO partners to organize and lay the groundwork for service delivery.** This preparatory process, described in phases below, took longer with the first NGOs with whom agreements were signed than with NGOs who entered into the Better Health project at a later time, as PCI began systematizing its procedures.

Phases of Organizational Development Start-Up

- PCI disseminates information about the Better Health project to potential stakeholders.
- Interested NGOs complete and submit an organizational questionnaire to PCI.
- PCI makes visits to NGOs' offices and communities in 7 departments.
- PCI and NGOs negotiate letters of understanding first and agreements and development work plans later.
- PCI and NGOs develop project budgets.
- PCI and NGOs socialize work plans among NGOs' Board of Directors, General Assembly, community and health authorities.
- PCI provides NGOs with initial financial management training, monitoring and support.
- PCI supports NGOs in staff recruitment/reorganization for project implementation.
- PCI supports NGOs in community organization (of CHWs, TBAs, etc.) for project implementation.
- PCI supports NGOs in collaboration and dialogue with local health authorities.

While PCI is exploring alternative strategies for reaching a greater number of beneficiaries in a shorter time period, PCI wishes to clarify that the Better Health focus to date has been praised by other stakeholders in the health and development sector, including the Soros Foundation of Guatemala and USAID. It has been expressed that PCI is filling an important role in providing capacity building support with a gender focus to grassroots NGOs in some Mayan communities, as such support contributes to greater community involvement and the formation of more sustainable organizations actively participating in civil society in Guatemala.

This process has not only been proposed by many experts in Guatemala as fundamental to improving access to health in rural communities but is also a fundamental piece of the "democratization" effort of Guatemala as clearly pointed out in the Peace Accord.

IV. Major Project Activities to Date

(Please refer to Page 5, paragraph 4 of Section III. "Major Findings: PCI/Guatemala Program Results".)

Major project activities to date have included much more than a questionnaire of potential NGO partners, the completion of a comprehensive collection of baseline data, and subcontracts with five Mayan NGOs who currently participate in the PCI/Guatemala program, as stated in this section of the report. In fact, PCI has supported its partner NGOs in community organization, initiation of community pharmacies, financial management strengthening and initial preventive health training, among other key start-up activities. *(Please refer to Annex 1, "Better Health Project Update", attached, for details.)*

V. Progress on the Results Framework and Objectives

Please refer to Page 7. Section III, "Major Findings: PCI/Guatemala Progress on the Results Framework and Objectives".)

When the Evaluation Team visited Guatemala, neither the Health Information System (HIS) nor the Monitoring and Evaluation Plan (M&E Plan) had been submitted to USAID for final approval, as PCI clearly stated to them. PCI presented rough data regarding services provided to evidence that some level of clinic activity had been initiated. PCI regrets that the Evaluation Team, advised in advance of the quality of such data, has used it as a parameter for the evaluation, especially given the short time period in which services were given and the fact that the HIS was not yet operational.

PCI has and will continue to support service delivery and, upon approval of the HIS and M&E plan, begin to provide systematic information on services provided by partner NGOs as they increasingly begin to meet community demands.

VI. Program Options Proposed by the Evaluation Team

(Please refer to Pages 30-33 of Section IV. "Recommendations: Program Options")

PCI's current Country Director and staff described its proposed future strategies throughout the evaluation process and specifically, in the first meeting held between the Evaluation Team and PCI staff. Such strategies were already under discussion with the USAID Mission as early as July, 1999, and focus on improving the Better Health project in general, and contributing to increased coverage and results in service delivery and behavior change strategies. Despite such clear discussions in meetings between the USAID Mission health officials and PCI's current Country Director, in many of which the Evaluation Team was present and involved, PCI finds it confusing that the options developed and presented by the Team are largely ambiguous, vague and often contradictory. For example:

- In Option 1, the Evaluation Team states that this option would probably encounter resistance from SIAS, which feels that, at least, PCI should expand service coverage to something consistent with its large budget." What is not mentioned and should be included is that SIAS has extensive coverage with a low cost/benefit ratio, however it can't offer the quality that PCI can offer. This quality will determine the demand, use and sustainability of services.

- In Option 2, the Evaluation Team suggests, "PCI could also augment clinical coverage through direct hiring of physicians and professional nurses to help these NGOs cover rural areas and increase quality of care." However, in the "Specific Program Recommendations" section of the report, in Point 9, the Evaluation Team recommends that PCI "de-emphasize or eliminate 'self-sustainability' activities related to it in future work with NGOs." The Evaluation Team specifically uses as an example "hiring physicians and/or professional nurses to work in isolated areas".

- In Option 3, the Evaluation Team states "there is relatively little in the organization's past work which can serve as a platform for continuation of this strategy." This

contradicts the first strength cited by the Evaluation Team, "The project's infrastructure is already in place and is adequate to support a quick restart once the necessary management and program decisions have been made."

The options proposed are not satisfactory in PCI's opinion, nor do they seem to be in accordance with the USAID Mission based on conversations held between PCI's current Country Director and Mission staff. **For example, the Evaluation Team proposes the elimination of IR3, "Greater local level advocacy for healthcare services, especially for women", from the project's strategic framework, as well as the elimination of community participation and the gender focus.** The fundamental premise of the Mission's RFA which was endorsed by PCI relies on the ability of communities to advocate for their needs. Inherently, the antithesis of community involvement is what has been historically witnessed in the communities where PCI works: extremely marginalized communities with minimal or no access to health services. The key is therefore to "unmarginalize" and empower these communities. Popular participation has been a fundamental strategy and successful approach in achieving sustainable services.

The Evaluation Team also recommends accelerating service delivery, but advises against contracting the professional services of medical personnel.

VII. Coordination with the Ministry of Health at the Central Level – SIAS
(Please refer to Page 27, Section G, "Coordination")

The health-related results and indicators of the Better Health project are quite similar to those of SIAS, differing primarily in that the Better Health project, **as promoted by USAID in the Request for Applications (RFA), includes the components of advocacy, sustainability, community participation in decision-making and reproductive health.**

PCI has historically attempted to coordinate with SIAS officials at the central and departmental levels, with the close involvement and accompaniment of USAID/G-CAP officials, who encouraged PCI's proposed strategy for implementing a global SIAS/Better Health initiative. According to this initiative, PCI would have provided SIAS with health information using the Ministry's "SIGSA" reporting package and PCI's partner NGOs would have received some funding from SIAS to complement and expand Better Health Funding.

According to the evaluation report, PCI never presented to SIAS a concrete plan of action with geographical specifications. However, PCI records show that on March 3, 1999, the SIAS Director, Ms. Hedy Deman, requested from PCI lists of communities and demographic data for the geographic areas in which the joint initiative would be carried out. On March 19, 1999, PCI presented this information to the SIAS Director, who expressed that such information was never requested and that SIAS funds had been obligated. Furthermore, and in light of past misunderstandings, PCI often sensed SIAS' unwillingness to collaborate.

At the departmental level, the Ministry of Health has changed and replaced a number of departmental health authorities (*Jefes de Areas)*, in some cases many times during the life of the Better Health Project (i.e., Huehuetenango – 3 different Area Chiefs, Ixcán – 3 different Area Chiefs, Quetzaltenango – 2 different Area Chiefs, Chimaltenango – 3 different Area Chiefs). Such staff rotation has caused delays in PCI's negotiations at the departmental level. Nevertheless, PCI has maintained positive, collaborative relations at the departmental level, as the Evaluation Team accurately notes in their report.

VIII. Staff

(Please refer to Page 22, Section VI.B. "Management: Staffing".)

PCI recognizes that the former management styles of the previous director did not place enough emphasis on the technical support and oversight that were necessary to fully implement the project. Technical resources were under-utilized and often misdirected under former management. As a first step in remedying this situation, in July 1999, PCI named a new and highly qualified Country Director with a great deal of experience in public health programs. In addition, PCI has sped up its process of recruiting and hiring more technically qualified staff to fill needs in key areas like clinical service delivery and community outreach and behavior change. Such comments in the report have been helpful to PCI in guiding these decisions.

At the same time, PCI finds it unfounded for the Evaluation Team to make reference to comments from individuals not referenced in the List of Contacts or in the Evaluation Agenda. **For example, the Evaluation Team describes former PCI staff's reasons for leaving PCI and their feelings about PCI. Yet, according to the List of Contacts and Evaluation Agenda, the Evaluation Team did not officially meet with any former PCI staff.**

PCI Guatemala staff, in general meetings and private interviews with the Evaluation Team (all documented in the Evaluation Agenda), expressed their reasons for continuing to work with PCI, although those views are not documented in the evaluation report. Staff views included statements describing their commitment to PCI and the Better Health project because the project design has allowed community members, leaders and women to more actively participate in the definition of priorities in the development process. Staff also acknowledged the need to implement some programmatic and technical changes to accelerate service delivery and community outreach.

IX. Collaboration with the USAID Mission and with USAID Partners

(Please refer to Page 26, Section III.G, "Coordination".)

It is worth noting that while coordination with the Mission and USAID partners under former project leadership could have been more fluid and results-oriented, PCI made strides in improving these relationships in 1999. More collaborative meetings were held with Aprofam and the Population Council, as newer PCI technical staff with a greater understanding of the nuances of national politics began assuming these responsibilities. This is mainly due to the efforts of the current Chief of Party, Dr. Aldana, who joined

PCI staff in April, 1999, as the Technical Advisor for Clinic Services. Dr. Aldana has continued to expand and strengthen ties with these and other important stakeholders in the health and development sectors of Guatemala, including the Ministry of Health, as the strategies he and his staff are developing for increasing coverage and results demonstrate.

Conclusions

As stated throughout this document, the Evaluation Team on several occasions provides valuable observations and suggestions for PCI's future programmatic activities. At the same time, PCI feels strongly that other aspects of the draft evaluation report do not provide an accurate and/or comprehensively reflection of project start-up and implementation to date. First, the draft evaluation report fails to provide important information that contextualizes that project implementation has been in progress for 16 months rather than a full two years. Second, while PCI is in agreement with some of the organizational deficiencies cited, the report does not fully reflect the strength of PCI as an organization. Finally, the evaluation team questions at length the model being implemented by PCI to achieve the results of the Better Health project. This completely disregards the fact that this model was presented by the USAID Mission in its Better Health RFA that called for a Mayan focus, a Gender focus, a focus on Community Participation and advocacy.

PCI would like to thank the Evaluation Team and the MEDS Project for extending to PCI this opportunity to provide feedback regarding the draft evaluation report. PCI is wholly committed to the Better Health project and its future success. At the same time, PCI is also very committed to ensuring that information regarding project implementation to date be as accurate and comprehensive as possible. PCI has worked to improve the health of people living in rural Guatemalan communities for 23 years and it is strongly committed to continuing this objective. For this reason, PCI believes that it is absolutely essential that its efforts be fairly reported as such documents constitute a historical record of the organization's activities.