

- B O R R A D O R -

INFORME DE LA  
EVALUACION EXTERNA DE MEDIO TIEMPO  
PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO  
PN - 20

Presentado a:

CARE Internacional en Bolivia  
14 de Septiembre No. 5369  
La Paz (Obras), Bolivia

Preparado por:

James N Becht, Salud y Coordinador de Equipo  
Fabian A Yanez, Saneamiento Básico  
Marco Zeballos T, Huertos Familiares  
Ramiro Rivera, Organización Comunitaria

La Paz, Bolivia

Febrero de 1993

## RECONOCIMIENTOS

La presente evaluación de medio tiempo del Proyecto PN-20 fue realizada del 1º al 26 de febrero de 1993. Durante todo el proceso hemos contado con el apoyo y la colaboración de muchas personas, dentro y fuera de las instituciones ejecutoras del Proyecto, quienes facilitaron la recolección y análisis de la información necesaria. Sin la cooperación y el diálogo abierto de todos ellos no hubiese sido posible realizar un trabajo eficiente y efectivo.

El equipo evaluador quiere agradecer sinceramente a Steve Hollingworth, Sub-Director CARE en Bolivia, Gerardo Romero, Gerente del Proyecto, los Sub-Gerentes y Asistentes Técnicos por todos los arreglos logísticos y las orientaciones que nos servían de mucho.

Finalmente, nuestro agradecimiento especial a los supervisores de CARE, los dirigentes comunales, promotores y comunarios en general, por habernos brindado la oportunidad de conversar y compartir con ellos, en el conocimiento de las actividades del Proyecto. Esperamos sinceramente que los resultados de esta evaluación les servirán para mejorar las condiciones de salud y saneamiento a la brevedad posible.

JNB, FAY, EZT, RR

La Paz, 27 de febrero de 1.993

BEST AVAILABLE

## ABREVIACIONES Y ACRONIMOS

AID	Agencia Internacional de Desarrollo (Washington)
APS	Atención primaria de salud
ARO	Alto riesgo obstétrico
BCG	Bacille Calmette-Guerin (vacuna anti-tuberculosa)
BID	Banco Inter-americano de Desarrollo
CD	Comité de Desarrollo
CNP	Control prenatal
COF. LCN	Corporación Regional de Desarrollo de Chuquisaca
COF. ECO	Corporación Regional de Desarrollo de Cochabamba
COF. DEFAZ	Corporación Regional de Desarrollo de La Paz
CSI	Carnet de Salud Infantil
DPT	Difteria-Pertusis-Tétano (vacuna triple)
EDA	Enfermedad diarreica aguda
IGA	Income generation activities (actividades/componente de generación de ingresos)
IRA	Infección respiratoria aguda
IUM	Informe Unico Mensual
MPSSP	Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organización no-gubernamental
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
SILOS	Sistema Local de Salud
SNIS	Subsistema Nacional de Información en Salud
SRO	Sales de rehidratación oral
SVEN	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional
TRO	Terapia de rehidratación oral
TT	Toxide tetánico (vacuna)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Misión Económica de los EUA en Bolivia
USC	Unidad Sanitaria de Cochabamba
USCH	Unidad Sanitaria de Chuquisaca
USLP	Unidad Sanitaria de La Paz
VPC	Vigilancia y promoción del crecimiento

CARE Internacional en Bolivia  
PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO  
PN - 20

EVALUACION EXTERNA DE MEDIO TIEMPO

CONTENIDO DEL INFORME

Reconocimientos . . . . .	i
Abreviaciones y Acrónimos . . . . .	ii
Contenido del Informe . . . . .	iii
1. RESUMEN EJECUTIVO . . . . .	1
2. INTRODUCCION . . . . .	4
2.1 Antecedentes . . . . .	4
2.2 Descripción del Proyecto . . . . .	4
2.3 Metodología de la Evaluación . . . . .	5
3. COMPONENTE: ATENCION PRIMARIA DE SALUD . . . . .	7
3.1 Marco de Referencia . . . . .	7
3.2 Objetivos y Estrategias Propuestas . . . . .	7
3.3 Hallazgos . . . . .	8
3.3.1 Vacunaciones	
3.3.2 Terapia de Rehidratación Oral	
3.3.3 Control de Cólera	
3.3.4 Control de Crecimiento	
3.3.5 Nutrición	
3.3.6 Higiene	
3.3.7 Cuidado Prenatal (Piloto)	
3.3.8 Infecciones Respiratorias Agudas (Piloto)	
3.3.9 Farmacias Comunes (Piloto)	
3.4 Analisis y Conclusiones . . . . .	15
3.4.1 Efectividad de Implementación	
3.4.2 Sustentabilidad de Beneficios	
3.4.3 Utilización de Recursos	
3.4.4 Relevancia de las Intervenciones	
3.5 Recomendaciones . . . . .	19

4.	COMPONENTE: AGUA Y SANEAMIENTO BASICO . . . . .	23
4.1	Marco de Referencia . . . . .	23
4.2	Objetivos y Estrategias Propuestas . . . . .	25
4.3	Hallazgos . . . . .	26
	4.3.1 Avance de los Diferentes Componentes	
	4.3.2 Costo de las Obras	
	4.3.3 Programa Original	
	4.4.4 Personal del Componente y Programación	
4.4	Análisis y Conclusiones . . . . .	31
	4.4.1 Efectividad de Implementación	
	4.4.2 Sustentabilidad de Beneficios	
	4.4.3 Utilización de Recursos	
	4.4.4 Relevancia de las Intervenciones	
4.5	Recomendaciones . . . . .	36
5.	COMPONENTE: HUERTOS FAMILIARES . . . . .	39
5.1	Marco de Referencia . . . . .	39
5.2	Objetivos y Estrategias Propuestas . . . . .	39
5.3	Hallazgos . . . . .	41
	5.3.1 Recursos Humanos, Logísticos y Cobertura	
	5.3.2 Cultivos y Características de los Huertos	
	5.3.3 Riego, Suelos, Abonos y Remedios	
	5.3.4 Cosechas, Aprovechamiento y Ahorro	
	5.3.5 Manejo del Huerto, Capacitación y Seguimiento	
	5.3.6 Sistema de Información	
	5.3.7 Actividades de Generación de Ingresos	
5.4	Análisis y Conclusiones . . . . .	44
	5.4.1 Efectividad de Implementación	
	5.4.2 Sustentabilidad de Beneficios	
	5.4.3 Utilización de Recursos	
	5.4.4 Relevancia de las Intervenciones	
5.5	Recomendaciones . . . . .	51
6.	COMPONENTE: ORGANIZACION COMUNITARIA . . . . .	57
6.1	Marco de Referencia . . . . .	57
6.2	Objetivos, Metas y Estrategias Propuestas . . . . .	58
6.3	Hallazgos . . . . .	61
	6.3.1 Formas de Organización	
	6.3.2 Estructura Organizativa	
	6.3.3 Composición (Roles y Funciones)	
	6.3.4 Funcionamiento y Gestión	
	6.3.5 Participación Comunal y Participación de la Mujer	
	6.3.6 Vigencia	
6.4	Análisis y Conclusiones . . . . .	64
	6.4.1 Efectividad de Implementación	
	6.4.2 Sustentabilidad de Beneficios	

6.4.3	Utilización de Recursos	
6.4.4	Relevancia de las Intervenciones	
6.5	Recomendaciones . . . . .	66
7.	ANALISIS DE ESTRATEGIAS . . . . .	69
7.1	Integración de Actividades . . . . .	69
7.1.1	Nivel Comunidad	
7.1.2	Nivel Institucional	
7.1.3	Recomendaciones	
7.2	Coordinación Interinstitucional . . . . .	70
7.2.1	Unidades Sanitarias	
7.2.2	Corporaciones de Desarrollo	
7.2.3	U.S.A.I.D. en Bolivia	
7.2.4	Recomendaciones	
7.3	Estructura y Manejo Global del Proyecto . . . . .	72
7.3.1	Condiciones de Trabajo	
7.3.2	Organigrama, Roles y Funciones	
7.3.3	Sistema de Información y Analisis	
7.3.4	Apoyo Administrativo	
7.3.5	Recomendaciones	
7.4	Reprogramación del Presupuesto . . . . .	74
7.4.1	Justificación	
7.4.2	Disponibilidad de Fondos	
7.4.3	Recomendaciones	
7.5	Lecciones Aprendidas . . . . .	76

ANEXOS

A.	Alcance de Trabajo . . . . .	A-1
B.	Instrumentos de Evaluación . . . . .	B-1
C.	Cronología y Contactos . . . . .	C-1
D.	Documentos Revisados . . . . .	D-1
E.	Mapas de Area . . . . .	E-1
F.	Marco Lógico . . . . .	F-1
G.	Cuadros y Figuras . . . . .	G-1
H.	Organigrama . . . . .	H-1
I.	Cuadros Financieros . . . . .	I-1
J.	Revisión de Carnets de Salud Infantil . . . . .	J-1
K.	Lista de Comunidades y Población por Zona . . . . .	K-1
L.	Plan de Implementación del Proyecto . . . . .	L-1
M.	Referencias en Relación al Componente Social . . . . .	M-1

## 1 RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto de Desarrollo Comunitario (PN-20) se implementa en tres regiones dispersas y heterogénicas en los Departamentos de La Paz, Cochabamba y Chuquisaca. Los beneficios alcanzará a aproximadamente 48.000 habitantes en 160 comunidades. La meta final del Proyecto es "mejorar la salud, el bienestar, y la capacidad de auto-desarrollo de la población objeto en una manera sustentable". Las principales actividades incluyen la prestación de servicios preventivos de salud (inmunizaciones, terapia de rehidratación oral, control de crecimiento y educación en salud y nutrición), la construcción de sistemas de agua potable y letrinas, la producción de alimentos por medio de huertos familiares, y la organización de comités de desarrollo y de agua.

El Proyecto fué iniciado en Abril de 1991 con financiamiento de la Misión Económica de los Estados Unidos (USAID), las Corporaciones Regionales de Desarrollo de La Paz y Chuquisaca, y aportes en efectivo y en especie de las comunidades. La inversión total alcanza a \$US 9,4 millones durante un período de cuatro años. Esta evaluación a medio tiempo se lleva a cabo después de 21 meses de implementación y tiene el propósito de analizar los logros hasta la fecha y hacer recomendaciones para el mejoramiento de las estrategias de implementación.

Después de un año de implementación, el componente de atención primaria de salud demuestra buenas posibilidades de que pueda alcanzar las metas establecidas, particularmente en las tres áreas prioritarias. Las coberturas de inmunización en niños menores a dos años doblaron para polio, DPT y el esquema completo, y aumentaron en 40% para BCG y sarampión. Casi el 80% de los niños tuvieron una ganancia adecuada de peso durante los últimos seis meses y 68% tuvieron seis ó más controles durante el primer año de actividad. El uso de sales de rehidratación oral ó sueros caseros ha subido de 16% a 36% en los episodios de diarrea.

Tanto para vacunas como el control de peso, el personal tiene que poner más énfasis en la captación temprana de los niños y el seguimiento de los niños faltantes. Es factible que el Proyecto logra una disminución del 20% en la prevalencia de desnutrición en los próximos dos años siempre que abarca un esfuerzo dirigido a responder a niños a más riesgo con acciones de mejorar su alimentación con productos locales, fortaleciendo el nexo entre las actividades del control de peso y la producción agrícola.

El enfoque para lograr la sustentabilidad en este componente ha sido hasta ahora a nivel de la comunidad con actividades de organización, promoción, educación y la capacitación de promotores. La inclinación del personal de CARE es la prestación de servicios directos. El Proyecto no ha desarrollado objetivos claros ó una estrategia integral con los Distritos de Salud que se dirigen a la transferencia de funciones y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

Una apreciación global del componente de agua potable y saneamiento rural indica un avance aproximado del 45 %, en relación con el programa de obras establecido en el documento original del proyecto. Los costos de los sistemas construidos aparecen más bajos que los presupuestados, lo cual indica que se está empleando una tecnología apropiada de bajo costo y óptima calidad. Las obras de agua potable y letrinización se han construido de excelente calidad y las letrinas están siendo utilizadas en forma sanitaria y adecuada.

Dado que el personal de ejecución de obras del documento original estuvo totalmente subdimensionado, haciendo que el programa de implementación de obras sea irrealizable, el Proyecto encaró a mediados de 1992, la reestructuración del componente de ingeniería, acción plenamente justificada para evitar el fracaso.

El componente de agua potable y saneamiento debe continuar, con una reprogramación de obras y presupuestaria para permitir la contratación de personal adicional necesario para la ejecución del programa de obras. Se deben efectuar los cambios y ajustes necesarios para incrementar la eficiencia de trabajo, de modo que se completen en promedio, veinte y siete obras cada cuatro meses, para así asegurar la terminación del programa hasta finas del año 1994. Los cambios principales deben cubrir aspectos de incrementos de supervisores de obra e incremento de dos movilidades solamente para este componente

El componente agropecuaria fue incluido en el Proyecto como una actividad complementaria para lograr el objetivo nutricional, por lo que ha recibido un tratamiento secundario y con poca o ninguna participación de los contrapartes. Debido a que la selección de comunidades se hizo en base a criterios de factibilidad del sistema de agua, muchas de ellas resultaron no aptas para la producción agrícola.

La implementación de los huertos familiares se inició hace 10 meses ó menos por lo que la mayoría de comunidades han tenido uno ó dos ciclos de cultivo, siendo prácticamente sus primeras experiencias en el proceso. Por el número y dispersión de las comunidades, el recurso técnico es insuficiente, tanto mas que la colaboración y seguimiento por parte de los supervisores de campo es limitado. La capacitación en los diferentes niveles no ha sido suficiente.

El componente carece de un enfoque dirigida a la resolución de los problemas principales de desnutrición y no goza de un flujo sistemático y uniforme de información que permite el monitoreo y análisis de las actividades en relación a los propósitos del componente. El componente debería revisar su estructuración y hacer ajustes programáticos considerando el tiempo que falta para la terminación del proyecto. Se recomienda un ensayo con huertos comunales que se pueden aprovechar para demostraciones tanto para la producción como para la preparación de alimentos balanceados para los niños.

Se ha constatado, de alguna manera, que la organización comunitaria evidentemente es un activador e integrador de los otros componentes (existe una correlación positiva entre buena organización y cumplimiento de obras). Por tanto, es un elemento fundamental al impacto y sostenimiento de los beneficios logrados. Sin embargo, durante el primer año del Proyecto las iniciativas en la organización comunitaria se han dirigido al apoyo de los otros componentes y no como un fin valioso en si mismo para lograr el "auto-desarrollo" que es uno de los objetivos del Proyecto.

Cabe en lo que queda del Proyecto fortalecer la organización comunal: hacerla más integrada, menos burocrática y con real y activa participación femenina. Además de la organización, se tendría que poner énfasis en una promoción y capacitación concientizadora para lograr cambios de actitudes y comportamientos de vida. El personal del Proyecto necesita capacitación en técnicas de organización comunitaria, y se requiere capacitar a los líderes en aspectos de liderazgo.

Con la excepción de algunas acciones complementarias entre la educación sanitaria y las obras de agua y saneamiento, existe poca integración de actividades a nivel de la comunidad. Las difíciles condiciones de trabajo en el campo --deficiencias camineras, diferencias socio-culturales, distancias, etc.-- ha afectado las actividades de supervisión, integración programática y la permanencia del personal en el campo.

El Proyecto no realizó una reprogramación de las actividades y presupuestaria al comienzo de la implementación para adecuar las deficiencias en el diseño con la realidad en el campo. Es imprescindible que se lo haga lo antes posible en vista de las conclusiones y recomendaciones de esta evaluación y la auto evaluación realizado hace un mes. Además se tiene que ajustar la estructura de funciones y responsabilidades del personal para dar adecuado apoyo a la integración y sustentabilidad de actividades a nivel de la comunidad.

## 2 INTRODUCCION

### 2.1 Antecedentes

CARE es una organización internacional no-gubernamental, sin fines políticos, religiosos ni de lucro. Su propósito fundamental es ayudar al desarrollo de las comunidades, no solo entregando ayuda material sino fundamentalmente proveyendo herramientas (capacitación), para que las comunidades logren mejorar su nivel de vida.

CARE trabaja en Bolivia a partir del año 1976 y desarrolla sus actividades en coordinación con organismos estatales y privados, principalmente con las Corporaciones Regionales de Desarrollo y las Unidades Sanitarias. Actualmente, estas actividades están concentradas en los Departamentos de La Paz, Tarija, Potosí, Chuquisaca y Cochabamba.

Es una política de CARE Bolivia realizar evaluaciones internas y externas de sus diferentes proyectos de desarrollo a medio tiempo y al final del período de implementación. Se realiza la presente evaluación a los 23 meses de implementación del Proyecto PN-20, con el propósito general de verificar los avances a la fecha en los cuatro componentes, analizar las estrategias en cada componente, y hacer recomendaciones con el fin de mejorar las posibilidades de lograr los objetivos establecidos y la sustentabilidad de los beneficios.

### 2.2 Descripción del Proyecto

El Proyecto de Desarrollo Comunitario (PN-20) se implementa en tres regiones dispersas y heterogénicas en los Departamentos de La Paz, Cochabamba y Chuquisaca. Debido a factores de accesibilidad geográfica y diferencias socio-culturales, el manejo operativo del Proyecto fue descentralizado: Altiplano/Larecaja Valle, con 64 comunidades; Yungas/Larecaja Tropical, con 55 comunidades; y Chuquisaca/Cochabamba, con 45 comunidades y base en Aiquile. La población actual alcanza a aproximadamente 45.000, sin contar 12 comunidades cuyos datos demográficos recién se están tabulando.

La meta final del Proyecto es "mejorar la salud, el bienestar, y la capacidad de auto-desarrollo de la población objeto en una manera sustentable;" el propósito específico es mejorar las posibilidades de supervivencia infantil y pre-escolar a través de una reducción

en la incidencia de diarrea, disminución de 20% en la prevalencia de desnutrición, y alcanzar una cobertura de 80% en inmunizaciones en 160 comunidades. Los cuatro componentes del Proyecto son: atención primaria de salud; agua potable y saneamiento; producción agrícola/huertos familiares; y organización comunitaria.

El Proyecto fué iniciado en Abril de 1991 con financiamiento de la Misión Económica de los Estados Unidos (USAID), las Corporaciones Regionales de Desarrollo de La Paz y Chuquisaca, y aportes en efectivo y en especie de las comunidades. La inversión total alcanza a \$US 9,4 millones durante un período de cuatro años, o sea una proyección de aproximadamente \$US 58.000 por comunidad ó \$US 48,78 por habitante por año.

La estrategia principal del Proyecto da énfasis en el fortalecimiento de las organizaciones locales (la formación de comités de agua y de desarrollo), la capacitación a promotores de salud y operadores del sistema de agua, la capacitación a mujeres en temas de salud y sobre huertos familiares; y la provisión de materiales y equipo para los sistemas de agua y letrinas, intervenciones de salud, y actividades agrícolas. Cada región cuenta con un subgerente, un grupo de asistentes técnicos (uno ó dos para cada componente), un equipo de ingenieros de campo y albañiles para la construcción de los sistemas de agua, y un supervisor de campo para cada cinco comunidades.

### **2.3 Metodología de la Evaluación**

El alcance de trabajo para la presente evaluación se encuentra en el **ANEXO A**. Al iniciar la evaluación se realizo una reunión de planificación con el equipo de evaluadores, el personal gerencial y técnico del Proyecto y representantes de la agencia financiadora para orientar a los evaluadores y programar las visitas al campo, e identificar los requerimientos y fuentes de información. La cronología de actividades y las listas de personas entrevistadas están en el **ANEXO C**, y los instrumentos para la recolección de datos se encuentran en el **ANEXO B**. La lista de documentos revisado por el equipo de evaluadores está en el **ANEXO D**.

Se instruyó al personal de cada región a seleccionar algunas de las mejoras comunidades en cuanto a la implementación, algunas de las que menos han respondido al Proyecto y algunas del grupo medio. La selección fué limitado porque la evaluación se realizó en época de lluvias y algunas comunidades quedaron inaccesibles. Otras comunidades quedaron fuera por las distancias lejanas y el tiempo limitado que tuvieron los evaluadores en cada región. Sin embargo, se visitó un total de 67 comunidades en 15 días de campo, 41% del total de comunidades, por uno ó más de los evaluadores.

Para el componente de salud, se hizo una revisión de los carnets de salud infantil de 38 comunidades (23%), y los cuadernos de niños y

mujeres (FORMULARIO S-1, resultados en ANEXO J). También se entrevistó y observó a 46 promotores de salud (18% de los capacitados activos) en 30 comunidades (FORMULARIO S-2) y se visitó a 6 puestos de salud y 5 hospitales de referencia (FORMULARIO S-3) y entrevistó a dos Directores de Distrito.

Con miras a tener representatividad, el grupo evaluador de las actividades de agua potable y saneamiento rural seleccionó para visitas a un total de 40 comunidades de las indicadas, es decir una muestra del 44 % de las comunidades en las cuales se han iniciado acciones en este componente. En relación con el tipo de obras, se visitó al 6 % de las comunidades con letrinas en construcción, al 69 % de las comunidades con letrinas terminadas, al 5 % de las comunidades con sistemas de agua potable en construcción y al 57 % de las comunidades con sistemas de agua en servicio. Los datos fueron registrados en el FORMULARIO AS-1.

Para el componente agrícola, se observó a 60 huertos en 29 comunidades (18%) y realizó 42 encuestas (FORMULARIO AG-1) y 10 entrevistas a las encargadas de los huertos. También el Lic. Cevallos hizo una encuesta confidencial al personal del Proyecto (FORMULARIO AG-2). Para el componente de organización comunitaria el Lic. Rivera elaboró una Guía Temática basado en el análisis previa de documentos. Usando una libreta de campo, el hizo observaciones y realizó entrevistas con dirigentes de distintas organizaciones, especialmente las de mujeres, participó en reuniones comunales, y realizó entrevistas con los supervisores de campo y asistentes sociales en las tres regiones. Se hizo visitas a 32 (20%) de las comunidades del Proyecto.

Los evaluadores presentaron sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones en dos oportunidades el día 26 de febrero, una vez al personal de CARE y luego a funcionarios de USAID. El borrador del informe final fue entregado en La Paz el día 1º de marzo de 1993.

### **3.1 Marco de Referencia**

Bolivia se encuentra entre los países que tienen las más altas tasas de mortalidad infantil, pre-escolar, y materna en el hemisferio occidental; y los distritos donde trabaja el Proyecto PN-20 están entre las más altas de Bolivia. La Encuesta de Línea Base (ELB) determinó la tasa de mortalidad infantil en 172/1000 nacidos vivos; la mortalidad materna en el Altiplano está casi el doble de la media nacional.

Las principales causas de la morbilidad y mortalidad infantil son las infecciones respiratorias agudas (IRA), la diarrea (EDA), y la desnutrición que juega un rol interrelacionado con las otras enfermedades. La alta mortalidad materna es resultado de mínimas cuidados prenatales, incluyendo una alimentación inadecuada, y la alta atención de parto en domicilio (89.6%, ELB) en condiciones no higiénicas y por personas no capacitadas. Se suman a esta patrón general, las enfermedades endémicas regionales, tal como el paludismo (malaria), la enfermedad de Chagas, y últimamente el cólera.

El PN-20 abarca a áreas estrictamente rurales y en gran parte aisladas, donde predominan el analfabetismo, la falta de agua potable y saneamiento, la pobreza, vías de transporte y de comunicación muy inciertas y rudimentarias, y la casi inexistencia de servicios preventivos y curativos de salud. Los servicios que sí existen carecen de mantenimiento, insumos, y transporte, la inestabilidad de personal, y una inadecuada supervisión.

### **3.2 Objetivos y Estrategias Propuestas**

La meta general y el propósito del presente Proyecto se han definido en términos de un mejoramiento duradero en las condiciones de salud, específicamente en lo que se refiere a reducciones en la morbilidad por diarrea y desnutrición, y un aumento en la cobertura de inmunizaciones. El componente de salud abarca intervenciones directas en estas tres áreas, pero en cuanto a los primeros dos se requiere además grandes apoyos complementarios en agua y saneamiento, generación de ingresos, producción agrícola, y otros para lograr beneficios significativos y sostenibles.

### 3.3.2 Terapia de Rehidratación Oral

Esta actividad tiene dos objetivos vigentes: que el 50% de los niños con diarrea reciben TRO (propuesta y autoevaluación) y que el 75% de los procesos diarreicos detectados serán tratados con TRO (reajuste en marzo 1992, mediante carta a USAID). Los supervisores suministran paquetes de sales de rehidratación oral (SRO) a los promotores; se los consiguen de la Unidad Sanitaria o CARE los compra cuando faltan. Los promotores y las madres reciben capacitación en la preparación y uso de SRO y suero casero.

Comparando datos de la Encuesta de Línea Base con la Encuesta de Monitoreo de Agosto 1992 (FIG. 3.9), se nota un incremento en la administración de más líquidos (53%) y en el uso de TRO (36%, SRO y/o suero casero) en casos de diarrea, pero un decremento en el uso de mates y otros remedios caseros (28%). Con sumar el uso de TRO y mates, se está acercando a la meta de 75%. Los promotores tienen buenos conocimientos sobre la preparación y uso de SRO y suero casero y el manejo dietético de diarreas, incluyendo la lactancia materna (FIG. 3.10). Más de la mitad de los promotores entrevistados dijeron que hacen visitas domiciliarias cuando hay casos de diarrea, pero el 17% indicó que les había faltado SRO.

### 3.3.3 Control de Cólera

Todos los supervisores y vehículos de CARE llevan su equipo de cólera: agua en botella, SRO, suero Ringer, y tetraciclina. En Chuquibamba se ha suministrado suero Ringer y tetraciclina también a los promotores. Ellos administran SRO y tetraciclina pero, salvo emergencias, no el suero intervenoso. La epidemia demandó mucho esfuerzo y tiempo en Chuquibamba pero se ha constatado que esta política a salvado vidas. Los promotores de la Zona 2 tienen mayores conocimientos, por la práctica, que los de las otras Zonas (FIG. 3.11). A pesar de la epidemia nacional, la mitad de los puestos y hospitales visitado no tiene suficientes SRO o catres especiales, y el 30% tiene limitadas cantidades de tetraciclina y Ringer's (FIG. 3.12).

### 3.3.4 Control de Crecimiento

El objetivo de esta intervención (nuevo a partir de marzo 1992) es que el 80% de los niños menores de dos años controlan su peso mensualmente. Si bien los supervisores realizan sesiones de pesaje mensualmente, esta meta va a ser difícil alcanzar debido a los patrones de migración en las tres zonas. La FIGURA 3.13 presenta los resultados de la revisión de carnets de 307 niños de 12-23 meses, que demuestra que sola el 9% cumplió con 12 controles en el último año, mientras el 68% tuvo seis o más y el 51% tuvo ocho o más controles. (ver ANEXO J)

La captación temprana de los niños es importante para poder monitorear el crecimiento del niño (y episodios de diarrea e IRAs) durante el período de destete. El 35% de los niños tuvo su primer control antes; de los seis meses de edad (FIG. 3.14), mayor en Chuquibamba y menor en el Altiplano. No se espera mucho más en el primer año de implementación con este cohorte de niños, pero de ahora en adelante sería un buen indicador de efectividad.

La revisión de carnets permite apreciar los patrones de crecimiento durante los últimos seis meses, y los resultados en este caso son similares a los resúmenes de los Informes Unico Mensual (IUM) durante 1992. (FIG. 3.15) El 78% de los niños tuvo una ganancia adecuada de peso (lana verde), el 17% no tuvo una ganancia adecuada, y 5% perdieron peso. El beneficio de este análisis es que coincide con los mensajes educativos y se relaciona directamente con el carnet de salud infantil.

Los conocimientos de los promotores en cuanto a la vigilancia y promoción de crecimiento (VPC) son mixtos (FIG. 3.16). La principal deficiencia es la falta de una idea clara de seguimiento a los niños con lanas amarilla y roja; solo el 36% de los promotores dijeron que esto era motivo para hacer visitas domiciliarias. También había confusión en el significado de los colores y algunos errores en el pesaje y gráficos.

El 85% de los cuadernos de niños se encuentran en buen estado y actualizado. Pero, encontramos cuatro comunidades en que en mayor o menor grado, no registraron las familias que no fueron socios al sistema de agua. En otros casos, las mujeres no socios no llevan sus niños al control de peso ó a vacunar. No son casos frecuentes, pero deben ser corregidos.

Según la Encuesta de Línea Base, hace un poco más de un año el 43% de los niños en el área del Proyecto no tenía carnet de salud, y ahora casi todos tienen y los usan. El 80% de los establecimientos de salud visitado tiene materiales suficientes para realizar ó apoyar el control de crecimiento (FIG. 3.17)

### 3.3.5 Nutrición

El objetivo correspondiente a esta actividad también sirve de indicador para medir el alcance del propósito del Proyecto global. Este objetivo ha sido modificado en dos o tres ocasiones y aún aparece en diferentes formas en diferentes documentos. La versión que parece tener mayor acogida actualmente es una disminución en 20% de la desnutrición en niños menores a dos años; la definición de desnutrición que se aplica es: por debajo de -2DS de la media peso por edad, o sea las categorías E y F en el formulario de SVEN.

El CUADRO 3.1 presenta los datos en dos oportunidades del SVEN aunque un aparente error de tabulación pone en duda algunas cifras

y conclusiones. Otros datos de la revisión de los CSI (CUADRO 3.2) presentan resultados similares. Fuera de ellos, no hay otra línea de base para medir este objetivo (entre 14% y 17%), quiere decir lo que se busca de aquí a dos años sería una prevalencia de 12.4%.

Para mantener un adecuado estado nutricional o recuperarse de una desnutrición se requiere un mínimo de cuatro elementos: la disponibilidad de alimentos adecuados; el poder económico para comprar lo que no produce y consume la familia misma; el conocimiento y el deseo de comer (o dar de comer) alimentos nutritivos; y el control de las enfermedades que aumentan los requerimientos nutricionales (diarreas, fiebres, parásitos, IRAs, etc.).

El componente salud, incluyendo la mayor parte del tiempo de los supervisores, concentra sus esfuerzos en la parte educativa --los tres grupos de alimentos, lactancia materna, higiene-- e inmunizaciones. El componente agua y saneamiento contribuye a cortar la transmisión de algunas enfermedades, y el componente de huertos proveería algunos nutrientes para balancear la dieta. El PN-20 no abarca a actividades de generación de ingresos ó la producción de granos y leguminosas en una manera sistemática y enfocada.

La principal causa de la desnutrición en niños es la falta de calorías y proteínas durante el período de destete. No se ha observado un enlace directa y programática entre el control de crecimiento de los niños y la promoción y la utilidad de los huertos; tampoco se pudo apreciar una aplicación directa y práctica en el aprovechamiento de los productos locales existentes en la dieta de los niños. Los conocimientos de los promotores fallan precisamente en cuanto a la alimentación complementaria (FIG. 3.18) aunque son mejores en cuanto a la lactancia materna (FIG. 3.19).

Otra actividad relacionado a la nutrición es promover el uso de sal yodada para prevenir el bocio. El Proyecto entrega a cada comunidad (su promotor) un promedio de 5 Kg. de sal por familia para su venta en calidad de fondo rotativo, excepto en la Zona 3 donde el consumo actual es alto. El objetivo es que el 25% de las familias adquieren y consumen sal yodada. Solo en Chuquibamba se ha distribuido sal yodada hasta la fecha; el pedido de compra para La Paz se hizo en octubre 1992 y recién en febrero 1993 ingresó en almacenes de CARE. Sin embargo, la encuesta de monitoreo en agosto 1992, reportó un alto consumo de sal yodada en la Zonas 2 (73%) y 3 (100%) y algo menos en Zona 1 (46%), pero solo el 2.3% se consiguió del Proyecto.

### 3.3.6 Higiene

La educación en higiene promociona la limpieza de la vivienda, el aseo personal y la protección de los alimentos. En particular se quiere lograr que el 50% de las madres laven sus manos y las de sus niños antes de comer. La encuesta de agosto 1992 confirma que el

58% de las mujeres lavan sus manos y el 44% de ellas lavan los manos de sus niños (FIG. 3.20), aunque el 82% de ellas solo se lavan con agua. Los conocimientos de los promotores también son muy adecuados (FIG. 3.21). En algunas zonas hace falta un mayor énfasis en el uso y limpieza de las letrinas.

### 3.3.7 Cuidado Prenatal

Todos los promotores del Proyecto tienen la responsabilidad de detectar embarazadas, y promocionar para que ellas tengan sus controles prenatales. Solo el 62% de los cuadernos de mujeres está actualizado con esta información: en muchas faltan la fecha de nacimiento ó edad de la mujer, o no registran las embarazadas. Es aparente que esta actividad no ha recibido la atención que merece de la mayoría de supervisores y promotores.

Se calcula que en total se ha detectado menos del 60% de los embarazos en 1992, y esta varía mucho de comunidad a comunidad. Tanto la Encuesta de Línea Base como la revisión de los cuadernos de mujeres indica que solamente el 20% de las embarazadas han tenido por lo menos un control prenatal (FIG. 3.22). Pero, una de las mayores barreras en la mayoría de las comunidades del proyecto es la inaccesibilidad física de las mujeres a los servicios de consulta.

Uno de los objetivos del control prenatal es que el 50% de las embarazadas reciben 30 tabletas de hierro y ácido fólico cada mes a partir del tercer mes del embarazo. El documento de autoevaluación y la revisión de los cuadernos ponen la cifra actual en aproximadamente 15% (FIG. 3.23). Solo el 10% de los promotores entrevistados tienen sulfato ferroso en su poder.

Los conocimientos de los promotores en cuanto a cuidados prenatales varían mucho de Zona a Zona, probablemente debido al tamaño de la muestra de entrevistados (FIG. 3.24). Aunque promueven el control prenatal y alimentación, pocos conocen los signos de alto riesgo obstétrico (ARO). Entre los establecimientos de referencia, el 80% tuvo algún equipo básico pero el 40% no tuvo una balanza de pie (FIG. 3.25)

El mayor esfuerzo en la intervención de cuidados prenatales está planeado para las 20 comunidades piloto (10 en el Altiplano y 10 en la sub-zona de Guanay). En estas comunidades se quieren lograr los siguientes objetivos:

- la detección de 90% de las mujeres embarazadas;
- 80% de ellas reciben un mínimo de dos controles prenatales;
- 30% de las mujeres con atención de parto limpio;
- 50% de los recién nacidos reciben atención inmediato; y
- 50% de las mujeres puérperas con un control post-natal.

Las actividades principales son la dotación de equipo y materiales y la capacitación, pero no queda muy claro quién proveerá estos servicios durante y más allá del Proyecto mismo, si se capacitarían a los promotores como parteros ó si los controles y partos los harían los supervisores y la asistente técnico. De hecho, con solo dos años restando del Proyecto, el equipo y materiales para esta intervención recién fue adquirido en diciembre 1992 (el pedido inicial fué hecho en mayo de 1992), y solo los promotores de Guanay han recibido una capacitación introductoria al tema. Quiere decir, que la implementación intensiva de esta actividad recién comenzará.

### **3.3.8 Infecciones Respiratorias Agudas**

El esfuerzo principal en cuanto al control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) también se realizará en las 20 comunidades piloto. El objetivo es que el 50% de los niños entre 0-24 meses reciben tratamiento apropiado para su último episodio de IRA. Las actividades propuestas incluyen la compra y distribución de medicamentos, detección y tratamiento de casos, y la capacitación a los promotores. Igual que la actividad anterior, los insumos recién fueron comprados y los promotores no ha sido capacitado al fondo para esta intervención.

Entrevistas con los promotores en general demuestran limitados conocimientos en cuanto al control de IRAs (FIG. 3.26). En particular, la mayoría desconocen los signos primarias de una neumonía moderada ó grave (respiración rápida y tiraje) y demuestran incertidumbre en cuanto al tratamiento de las IRAs leves y no neumonías. Los promotores que saben más (en Chuquisaca) fueron capacitados anteriormente por PLAN/Sucre. La capacidad de los puestos de salud y hospitales de atender a los casos referidos de IRA grave también es limitada: el 40% no tiene suministros adecuados de antibióticos y menos de la mitad tiene el equipo básico necesario (FIG. 3.27).

### **3.3.9 Farmacias Comunales**

El establecimiento de farmacias comunales en las 20 comunidades piloto se dirige principalmente a determinar la factibilidad de remunerar a los promotores para garantizar su permanencia en el trabajo. También esta actividad responde a una necesidad sentida de atención médica en las comunidades, incluyendo la prestación de primeros auxilios. Las actividades propuestas a través del Proyecto son la dotación de dotación de medicamentos y materiales, la capacitación técnica y administrativa de los promotores, y la concientización y capacitación en supervisión para los comités de desarrollo.

Los objetivos de esta intervención son el establecimiento de botiquines comunales en 100% de las comunidades piloto, la

capacitación de 75% de los promotores en atención de primeros auxilios, y que el 40% de los promotores prestan servicios cinco días al mes en sus comunidades.

Recién en enero 1993, botiquines de medicamentos fueron entregados a las comunidades de Guanay, no todos de ellos fueron acompañados con una guía de uso y todavía no se ha llevado a cabo la capacitación correspondiente. Todavía no se ha entregado los botiquines a las comunidades del Altiplano. El pedido de medicamentos y materiales para primeros auxilios fué hecho en junio de 1992 y aún no se lo ha comprado.

La lista parcial de insumos para los botiquines incluyen 23 medicamentos y 18 items de materiales. Personeros de los distritos de salud han expresado sus preocupaciones en cuanto al uso de antibióticos e inyectables. Si bien el propósito y la capacitación de las farmacias son limitados y en el corto plazo controlado, la tendencia, basado en anteriores experiencias, es que algunos promotores buscarían aumentar el ámbito de su trabajo y los medicamentos que disponen. Coincidentemente, el 44% de los promotores entrevistados mencionó la falta de medicamentos como su problema principal y el 26% indicó que quieren aprender colocar vacunas y sueros.

El establecimiento de farmacias comunales recién está comenzando y es problemático tanto en los aspectos técnicos y control de calidad como en la parte gerencial administrativa. Algunos comités de desarrollo saben que una parte de las utilidades se destinará al pago de los promotores pero se desconocen el manejo gerencial. No se debe sub-estimar la complejidad del manejo gerencial de aún un "limitado" botiquín: control de inventarios, sistemas de suministro y adquisición, contabilidad, el pago a personas, etc. No es claro hasta que profundidad el Proyecto intenta entrar en estos aspectos de capacitación y control con los promotores y con la comunidad.

### **3.4 Análisis y Conclusiones**

#### **3.4.1 Efectividad de Implementación**

Después de un año de implementación, el Proyecto ha demostrado buenos indicadores de que pueda alcanzar las metas establecidas hasta el final del período de financiamiento, particularmente en las tres áreas prioritarias. Las coberturas de inmunización en niños menores a dos años son altas en Chuquibamba y Yungas-Larecaja Tropical (mayor a 67% para vacunas específicas y 60% para el esquema completo). Aunque la cobertura sigue baja en Altiplano-Valle, las tasas en esta zona son 2-3 veces más altas que fueron hace un año, y cuatro veces más alta en cuanto a niños con esquema completo. La vacunación a mujeres de 15 a 49 años es muy variable de comunidad a comunidad por razones fuera del control de Proyecto.

Por falta de datos de línea base, no se pudo establecer a tiempo de la evaluación una tendencia definitiva en cuanto a la disminución de la desnutrición. Sin embargo, casi el 80% de los niños menores a dos años tenían una ganancia adecuado de peso durante los últimos seis meses y 68% tuvieron seis ó más controles durante este primero año de actividad. La prevalencia de desnutrición en agosto-octubre de 1992 era aproximadamente de 14% a 17% en niños menores de dos años. Es factible que el Proyecto logra una disminución del 20% (de 15.5% a 12.4%) en los próximos dos años siempre que abarca un esfuerzo dirigido a responder a niños a más riesgo (los que no están ganando peso suficiente) con acciones de mejorar su alimentación con productos locales (cereales y legumbres), incluyendo los huertos familiares y comunales. Tanto para vacunas como el control de peso, el personal tiene que poner énfasis en la captación temprana de los niños y el seguimiento a los niños faltantes.

Es muy prematuro ver una reducción en la morbilidad por diarrea debido a que esta dependerá en gran parte en la terminación de los sistemas de agua. En acciones específicas de salud, empero, los avances son alentadores. La práctica de dar más líquidos en casos de diarrea ha aumentado, el uso de SRO y suero casero más que dobló, y la práctica de lavarse las manos antes de comer está por llegar a la meta.

Los promotores comunales en general demuestra buenos conocimientos sobre las acciones prioritarias del Proyecto. Las deficiencias más importantes tienen que ver con el seguimiento a niños a riesgo nutricional y los signos de alto riesgo obstétrico y de IRAs grave. El Proyecto no ha dado atención prioritaria a la actividad de cuidado prenatal durante el primer año, y a consecuencia la detección y control de mujeres embarazadas todavía es mínima. También la implementación de las farmacias comunales en las comunidades piloto recién está por comenzar. Por varias razones técnicos y administrativos, esta actividad requiere mucho más atención y tiempo que merece en comparación a las necesidades de las actividades prioritarias del Proyecto, y debe ser suspendido.

#### **3.4.2 Sustentabilidad de Beneficios**

La sustentabilidad o continuación de los servicios de salud y sus beneficios a la población dependerá en parte a la demanda para ellos por las mismas comunidades y por otra parte en la capacidad de mantener el trabajo de los promotores con incentivos y sistemas de apoyo logístico, supervisión y educación continuada una vez que se retira el Proyecto. El enfoque del Proyecto hasta ahora ha sido exclusivamente (con la excepción de proveer equipo para la cadena de frío) a nivel de la comunidad: organización, promoción y educación.

Parece que habrá demanda para los servicios --vacunación, control de peso, charlas educativas, visitas a domicilio, control prenatal--

- cuando estos se les ofrecen en una manera accesible y con promoción. Además, hay algunas prácticas en vías de establecerse - uso de TRO en caso de diarreas, la lactancia materna, lavarse las manos, limpieza de la casa (y la alimentación adecuada del destete y el parto limpio cuando estas reciben más atención)-- que podrán permanecer por la propia voluntad de la madre. ¿Pero quién será responsable de orientar a las futuras madres?

La inclinación del personal de CARE, supervisores y asistentes técnicos, es la prestación de servicios directos, en parte por formación profesional y en parte por cumplir con metas. Hasta ahora es el personal del Proyecto que provee los insumos, la capacitación, la supervisión y control de calidad, dan importancia al promotor ante la comunidad, maneja el sistema de información, vacuna y dirige el control de peso, y se relaciona con las organizaciones comunales.

El gran interrogante es quién va a realizar estas funciones en dos años. La parte más lógica es que debería ser el personal de los Distritos de Salud con los recursos propios que puedan reunir. El Proyecto, empero, no ha desarrollado objetivos claros ó una estrategia integral con las Unidades Sanitarias que se dirigen a la transferencia de funciones y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) a nivel distrital. A pesar de que el personal del Proyecto no participa regularmente en las reuniones CAI (comités de análisis de información) a nivel de área y distrito, existe un buen nivel de coordinación y colaboración entre las dos instituciones, con algunas excepciones, pero no se puede hablar de una integración ó planificación en conjunta.

En cuanto a la organización comunitaria los comités de desarrollo se preocupan más por las obras de agua que para las actividades de salud e, igual que con los Distritos de Salud, el Proyecto no ha iniciado un proceso de consulta y diálogo con los dirigentes respecto a la permanencia de los servicios una vez que se retira el Proyecto. (ver también **Capítulo 6 - Organización Comunitaria**) Además, las actividades de salud se llevan principalmente con grupos de mujeres, una estrategia práctica para la prestación de servicios pero que a la vez refuerza la marginalidad de actividades de salud ("salud es asunto de las mujeres") y la participación de las mujeres en la toma de decisiones a nivel comunal.

Ninguno de los promotores de salud ha recibido una compensación en efectivo ó en especie por parte de sus comunidades por el trabajo que realiza. Algunas comunidades pagaron los pasajes y viáticos para una capacitación (47%) y menos los han disculpado de ciertas tareas comunales (23%). Los promotores están trabajando más por la oportunidad de aprender y por servir a sus comunidad (ó por voluntad ó por obligación). Es muy probable que la voluntad de continuar dependerá directamente en el grado de apoyo que reciben tanto de la comunidad como del Distrito de Salud en el futuro.

### 3.4.3 Utilización de Recursos

La utilidad de los promotores como trabajador de salud en la comunidad es indispensable. Tiene que ver por lo menos dos, y aún más si el tamaño ó la dispersión de la población lo requiere. Durante el primer año de implementación los promotores en general han funcionado más como ayudantes del supervisor del Proyecto y los supervisores funcionan más como extensionistas. Además, los supervisores han dedicado la mayor parte de su tiempo a salud, disminuyendo la atención a los otros componentes y la integración entre las mismas a nivel de la comunidad. Esta ha tenido un impacto negativo particularmente en cuanto a la resolución de problemas nutricionales y el nexo entre el componente salud (vigilancia y promoción de crecimiento) y el componente agrícola (producción y consumo de cereales, legumbres y hortalizas).

Se ha observado que donde los supervisores son enfermeros hay menos integración con el personal del Distrito de Salud porque las dos partes prefieren dividir las comunidades del sector entre ellos. En cambio, los supervisores no enfermeros necesitan que la enfermera del distrito les colabore en las actividades de vacunación y control de crecimiento. Como se ha mencionado anteriormente, la coordinación es buena pero falta ahora una estrategia que promueva la integración y la posibilidad de sostener la permanencia de las actividades.

Los asistentes técnicos del Proyecto tienen la responsabilidad de guiar la implementación del componente y mantener el enlace con los supervisores de campo. Cada A.T. de zona tiene que vigilar y apoyar a 9-10 supervisores y 45-55 comunidades; otra A.T. tiene la responsabilidad de implementar las 20 comunidades piloto con sus cuatro supervisores. Los A.T. permanecen 10 a 15 días por mes en el campo y pueden visitar a cada comunidad aproximadamente una vez cada tres meses. El trabajo de campo y de programación es tan complejo y cansador que casi no tienen tiempo ó fuerzas para analizar y pensar lo que sucede en grande, por ejemplo sobre aspectos de sustentabilidad e la integración de actividades.

Si los supervisores trabajan más como extensionistas, los A.T. son más supervisores que asesores. Los A.T. deberían dar énfasis a las siguientes funciones: análisis, conceptualización y planificación; capacitación a los supervisores; coordinación e integración distrital (incluyendo reuniones de CAI); monitoreo (de comunidades) al azar; resolución de problemas eventuales; y reportaje y coordinación interna. Los supervisores de campo deberían dedicar menos tiempo en la prestación directa de servicios y más tiempo en capacitar a promotores y la integración de componentes a nivel de la comunidad.

La propuesta inicial (el marco lógico) asigna una suma de \$1.2 millones para el componente de salud (CUADRO 7.1, ANEXO I). Esta

cifra incluye gastos de personal, equipo y materiales, capacitación y otras cuentas de gasto. En el plan financiero detallado, solo se indica un rubro de \$85,250 para "actividades de salud." No existe mayor desglose de estos presupuestos y el sistema de contabilidad de CARE no contabiliza los gastos por componente ó actividad programática. De tal manera no se puede hacer un análisis de gastos ó costos dentro del componente. Se pudo apreciar, a través de entrevistas, que el componente no ha faltado recursos financieros, pero si había demoras en la compra de algunos equipos y materiales, notablemente la cadena de frío, balanzas Salter, y medicamentos para las farmacias comunales y de primeros auxilios.

El Proyecto ha beneficiado de buena asistencia técnica en el campo de salud y nutrición, particularmente por parte de la asesora de CARE a nivel nacional. Se destaca el análisis periódico de la información procedente de los informes únicos mensuales y SVEN, la implementación de una encuesta de monitoreo, y el análisis y recomendaciones en cuanto al uso de productos locales en la alimentación complementaria. También el componente salud recibió valioso análisis y asesoramiento del Asesor Técnico Regional de CARE Internacional.

#### **3.4.4 Relevancia de las Intervenciones**

La mayoría de la actividades que se están realizando en salud responden directamente a los problemas primarias de morbilidad y mortalidad en las zonas del Proyecto: control de EDAs, IRAs, desnutrición, las enfermedades inmunoprevenibles, y complicaciones de embarazo y parto. Las actividades de IRA, desnutrición y riesgos obstétricos requieren aún más atención. La promoción activa de sal yodada es necesaria solamente en el Altiplano. Se debe discontinuar la implementación de farmacias comunales por estar en contra de la política nacional y para permitir más apoyo a los problemas de más prioridad.

#### **3.5 Recomendaciones**

- Vacunaciones: Prestar más atención a los intervalos entre dosis (polio y DPT) y la edad de colocar la vacuna antisarampión. Niños con intervalos de más de nueve meses y vacunación con sarampión antes de los nueve meses deben ser repetidas.

Dar prioridad en vacunar a los niños menores de dos años y en particular a cada recién nacido, esto quiere decir realizar la pesquisa en domicilio a los niños que no acuden a la concentración.

Asegurar que todos los niños de familias no socios al sistema de agua también participan en el programa de vacunaciones.

Redoblar esfuerzos en el Altiplano para aumentar la cobertura con polio-3 y DPT-3.

- Rehidratación Oral: Definir el objetivo en que el 50% de los niños con diarrea reciben TRO. Este se mide a través de las encuestas de monitoreo.

Promover el uso de mates y otros remedios caseros como medidas aceptables de TRO.

Redoblar la promoción de sales de rehidratación y suero casero en los Yungas-Larecaja Tropical, sin disminuir el beneficio de los remedios caseros y mates.

- Cólera: En Chuquibamba, capacitar cuidadosamente y en forma individual a los promotores cuyas comunidades quedan aislados en tiempo de lluvias, a colocar sueros intervenosos a casos sospechosos de cólera. La capacitación debe realizarse con la plena participación del personal del distrito de salud y no a través de cursillos sino en forma exclusiva en cada comunidad.
- Control de Crecimiento: Cambiar el objetivo a que el 80% de los niños menores de dos años controlan su peso un mínimo de ocho veces por año.

Redoblar esfuerzos de iniciar el control de peso antes de los seis meses de edad y mejor todavía a los recién nacidos, particularmente en el Altiplano.

Asegurar que todos los niños de familias no socios al sistema de agua también participan en las sesiones de pesaje y que ellos están registrados en el cuaderno de niños.

Definir acciones concretas de seguimiento a los niños sin ganancia adecuada de peso (lana amarilla) y con pérdida de peso (lana roja). Las acciones deben incluir visitas domiciliarias, el análisis de la causa específica y acciones precisas con la madre.

- Nutrición: Desarrollar e implementar un nexo directo entre la actividad de control de crecimiento y el componente de producción agrícola/huertos familiares en conjunto con los A.T. agrónomos y los comités de desarrollo.

Dar prioridad a la identificación y promoción de productos locales existentes en la dieta de destete (la alimentación complementaria), incluyendo la producción de cereales y leguminosas donde no existen, tal como fue recomendado por la Lic. Mary Vandenbroucke en el mes de octubre pasado.

No usar el análisis del SVEN a nivel de la comunidad ni con las madres ni con los supervisores como herramienta de

identificación y seguimiento de niños. El carnet de salud infantil sirve perfectamente bien a estos propósitos y es mucho más simple. Las madres ya conocen el CSI y la introducción del SVEN solo traería confusión en el mensaje principal: la ganancia adecuada de peso.

- Cuidado Prenatal: Redoblar en todas las comunidades del Proyecto la detección de embarazadas antes de los seis meses, su registro en los cuadernos de mujeres, y la administración de sulfato ferroso por los promotores.

Emprender una capacitación a los promotores sobre los signos de alto riesgo obstétrico (ARO) y la necesidad de control médico para estos casos. Como los signos son varios, diseñar y reproducir (ó comprar) afiches, con más dibujos que palabras, para distribuir en cada comunidad.

No realizar controles prenatales por el personal de CARE sin que esta actividad sea parte de una estrategia clara y compartida de asegurar que el personal del área ó sector de salud la acepta y continua antes que termina el Proyecto. Donar el equipo ya comprado a los puestos de salud y puestos médicos que lo necesita para fortalecer su capacidad.

Capacitar a los promotores en todas las comunidades en las prácticas del parto limpio para que ellos después capacitan a los maridos u otros familiares de las mujeres embarazadas.

Cambiar los objetivos para reflejar la nueva estrategia: que el 50% de las embarazadas de alto riesgo tenga un control prenatal médica, y que el 30% de las embarazadas reciben atención de parto limpio.

- Infecciones Respiratorias Agudas: Reforzar la capacitación de los promotores en los signos de una neumonía moderada y grave (la respiración rápida y tiraje), y en el uso de remedios caseros (humidificación, líquidos) para casos de IRAs leves.
- Farmacias Comunales: Descontinuar la entrega de los botiquines médicos a las comunidades piloto. Los aspectos negativos sobrepasan por mucho a los aspectos positivos. No les queda suficiente tiempo en lo que resta del Proyecto para desarrollar los sistemas de control de calidad y de manejo gerencial administrativo.

Continúan con la capacitación y equipamiento de los promotores para la atención de primeros auxilios (fracturas, quemaduras, envenenamiento, heridas, etc.) con prioridad en las comunidades más aislados. Desde el inicio, los servicios y materiales deben ser a "costo plus" para los que buscan atención.

- Sustentabilidad: Iniciar un proceso de planificación a largo plazo a nivel de cada uno de los cinco distritos para identificar objetivos compartidos de impacto, cobertura y de sustentabilidad, y las estrategias y roles más apropiados para las instituciones permanentes (Unidades Sanitarias) y temporales (las ONGs). El análisis y las respuestas no deben limitarse a los objetivos y recursos de los proyectos actuales sino puedan sentar las bases para nuevos proyectos de financiamiento que fortalecen a los sistemas locales de salud.

Los A.T. en salud deben participar activamente en las reuniones de CAI a nivel de distrito y área para fortalecer la coordinación e integración de actividades y el apoyo mutuo entre las instituciones públicas y privadas.

Realizar reuniones mensuales de promotores a nivel de áreas, con una duración de un día y con la participación del personal de salud. En esta oportunidad se dará una capacitación de un solo tema además de atender a aspectos administrativos: recepción de informes, entregar insumos, identificación de problemas, programación de actividades y otros.

- Consolidación: Las llamadas comunidades piloto deben ser "reincorporadas" al programa único del Proyecto con una redistribución de las funciones de los A.T. en salud que corresponde a las prioridades sugeridas, particularmente en el mejoramiento nutricional y la mayor integración con los sistemas locales de salud.

Realizar reuniones-seminarios periódicos entre los A.T. en salud del PN-20 y los otros proyectos para intercambiar problemas, experiencias e ideas de mutuo interés.

#### **4.1 Marco de Referencia**

La principal causa de enfermedades transmisibles para los nueve departamentos de Bolivia continúa siendo las enfermedades diarreicas. Este hecho afecta principalmente a los menores de edad, pues en Bolivia se encuentra la más alta tasa de mortalidad para niños menores a cinco años, entre todos los países de América Latina y el Caribe. La mortalidad infantil en la población rural, en donde se encuentra ubicada la mayor proporción de la población del país es del orden del 49.5% o sea un 50% más alta que para la población infantil urbana.

Este panorama es el resultado de coberturas deficientes en servicios de salud primarios y de agua potable y saneamiento, principalmente en las áreas rurales. Las últimas cifras de cobertura que se conocen corresponden al año 1990 (MPSSP/DSA/ANE-SAPA) y reportan que del total de la población de Bolivia 7'313,640 habitantes, el 48.55 % o sean 3'550,410 habitantes se encuentran ubicados en el sector rural y de esta cifra apenas 1'053,990 habitantes (29.69 %) tiene acceso a agua de calidad segura y que apenas 516,320 habitantes (12.73 %) tiene acceso a facilidades de saneamiento rural.

La ejecución de programas de agua potable y saneamiento a nivel rural ha estado a cargo de la Dirección de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública, las metas del anterior Plan Nacional de Saneamiento (PLANASBA 1981-1990) no han podido cumplirse por razones como: escasos recursos asignados, falta de un adecuado marco institucional, falta de recursos humanos en las entidades del subsector y dispersión de esfuerzos. Los recursos asignados han sido escasos, pues se estima que entre 1987 y 1991, se ha invertido apenas EUA \$ 26'267,000 para agua potable rural y apenas EUA \$ 8'158,000 para saneamiento rural.

Al momento el Subsector de Saneamiento se encuentra en proceso de reorganización, mediante el Decreto Supremo No. 22965, se ha disuelto la Corporación del Agua Potable y Alcantarillado (CORPAGUAS), se ha creado de Dirección Nacional de Saneamiento Básico (DINASBA) en el Ministerio de Asuntos Urbanos y se ha desarrollado un nuevo Plan Nacional de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario 1992 - 2000. El referido Plan pretende mejorar la cobertura de agua potable rural, desde el 26.69 % en 1990 al 60 % en el año 2000,

mediante una inversión estimada en EUA \$ 118'020,000. En relación con saneamiento rural, el Plan propone elevar la cobertura del 14.54 % en 1990 al 50 % en el año 2000, mediante una inversión de EUA \$ 115,030,000.

Paralelamente varias Instituciones No Gubernamentales, se encuentran canalizando recursos para la ejecución de sistemas de saneamiento en forma directa.

El Proyecto de Desarrollo Comunitario (PN 20) se aprueba por USAID en Marzo de 1991, asegurándose el financiamiento, mediante la firma de un Convenio entre USAID y CARE. Los principales componentes del Proyecto son: agua potable y saneamiento, atención primaria de salud, agricultura y el fortalecimiento de la organización de comunidades.

El proyecto se desarrolla en dos fases: una etapa de preimplementación de abril de 1991 a marzo de 1992 y una etapa de ejecución de actividades a partir de abril de 1992. En relación con el componente de agua potable y saneamiento las actividades de implementación se inician en febrero de 1991 con la construcción de letrinas en 18 comunidades y en mayo de 1992 con la construcción de los tres primeros sistemas de agua potable.

Para efectos de la presente evaluación se ha tomado como referencia el cronograma de implementación de obras indicado en el documento original del proyecto que establece la construcción de 160 sistemas de agua potable y 8800 letrinas en diez trimestres, iniciándose el último trimestre de 1991 y terminándose a fines del primer trimestre de 1994. Para los sistemas de agua potable y letrinización se ha mantenido el tiempo original de ejecución y se han ajustado las velocidades de ejecución a la realidad del terreno.

Específicamente el Proyecto PN 20 estableció una meta para construcción de servicios de agua potable y saneamiento para 160 comunidades con una población total de 48,000 habitantes rurales. Después de la selección de campo, se ha determinado que son 45 comunidades en Chuquisaca-Cochabamba con una población aproximada de 9,549 habitantes, 64 comunidades en El Altiplano con una población aproximada de 17,274 habitantes y 56 comunidades en Los Yungas con una población aproximada de 17,505 habitantes, lo cual resulta en una población total del proyecto de 44,328 habitantes para un total de 165 comunidades en las tres regionales. Las cifras de población son aproximadas puesto que aún no se han incluido poblaciones de ocho comunidades.

Esta realidad ha determinado que el número de familias y por consiguiente de letrinas domiciliarias sea diferente del supuesto originalmente. Para las tres regionales se han determinado 7289 familias, este número más las que el Proyecto PN 20 se comprometió a construir en el Proyecto anterior PN 17, las cuales han resultado

en 942 en lugar de las 1000 estimadas, dan un total de 8231 letrinas a construirse en el proyecto.

El programa de ejecución de obras se ajustó a estos cambios, manteniéndose el período de ejecución original para los sistemas de agua potable y letrinización, para finalizar a fines del primer trimestre de 1994.

En definitiva se han establecido los siguientes períodos de implementación:

- Diseños de los 165 sistemas nuevos de agua potable por un período de nueve meses, entre julio de 1991 y abril de 1992.
- Construcción de 165 sistemas de agua potable por un período de 30 meses, entre octubre de 1991 y abril de 1994.
- Construcción de 8231 letrinas de sello hidráulico por un período de 30 meses entre octubre de 1991 y abril de 1994.

Para la reprogramación de estas nuevas cifras, se ha mantenido la velocidad de implementación del documento original.

El avance de las actividades de este componente están reportados en porcentajes correspondientes a la relación de obras realizadas y programadas a la fecha.

#### **4.2 Objetivos y Estrategia Propuestos**

El principal objetivo del proyecto es contribuir al mejoramiento a largo plazo de las comunidades seleccionadas, a través de la aplicación de una estrategia integral, con los componentes antes indicados.

La mayor cantidad de recursos del proyecto son asignados a la construcción de infraestructura sanitaria, con un 54.4 %, tal como lo indica el **Cuadro No. 4.1** (ver Anexo G) que presenta el presupuesto de los principales componentes del proyecto.

En la programación de actividades de construcción de sistemas de agua potable rural y saneamiento que consta en el documento original, se dimensionó un equipo de trabajo de tres ingenieros (Asistentes Técnicos) y ocho albañiles para la construcción de 160 sistemas de agua potable y 8800 letrinas de arrastre de agua. No se incluyó como parte del equipo el nivel de supervisión (supervisores de obra). El grupo de trabajo concibió también el entrenamiento de un promotor para agua potable y saneamiento de la propia comunidad.

El programa original de ejecución de obras comprendió diez trimestres, con 16 sistemas de agua potable más 880 letrinas de arrastre de agua por trimestre, lo cual significa que cada albañil debía construir dos sistemas en tres meses, con la ayuda comunitaria. La velocidad de implementación de letrinas del documento original es de 37 letrinas por albañil por mes, lo cual demanda dedicación completa al programa de letrinas y condiciones óptimas de abastecimiento de materiales y mano de obra existente en la comunidad.

En la elaboración del presupuesto original del proyecto se desglosaron costos en: personal, materiales y equipos. Si embargo los costos estimados para los sistemas de agua potable fueron estimados en EUA \$ 50 por habitante (excluyendo el aporte comunitario que se encuentra en otro rubro), para un tamaño medio de las comunidades de 300 habitantes, o sea EUA \$ 15,000 por sistema. Este tipo de presupuestación generalmente incluye costos de materiales, equipos, transporte, supervisión y mano de obra. El costo de las 8800 letrinas fue presupuestado en EUA \$ 46.8 por unidad. Los costos unitarios indicados anteriormente no incluyen el aporte comunitario que es del orden del 30%.

El plan de implementación de las obras de saneamiento del proyecto está dado en el documento original y ha sido modificado de acuerdo con la discusión anterior, manteniendo siempre el período y la velocidad de implementación iguales a los del programa original. En el **Cuadro No. 4.2.** (ver Anexo G) se presenta un resumen de las metas trimestrales y totales para las tres zonas del proyecto.

### **4.3 Hallazgos**

#### **4.3.1 Avance de los Diferentes Componentes**

El marco de referencia discutido anteriormente determina exactamente las metas para cada una de las actividades del componente de agua potable y saneamiento rural, de modo que los avances pueden determinarse sin lugar a apreciaciones subjetivas. Conviene sin embargo destacar las condiciones de trabajo extremadamente difíciles que el proyecto viene afrontando, las que en la experiencia del evaluador son las más difíciles que ha encontrado.

En el **Cuadro 4.3** (ver Anexo G) se presenta el avance de cada una de las actividades de saneamiento. Bajo la columna "TOTAL" se incluye el número de obras al final del proyecto o sea a fines del primer trimestre de 1994. Las cifras bajo la columnas "METAS" y "EJECUCION" corresponden respectivamente al número de obras programadas y ejecutadas a la fecha. La última columna corresponde al avance en % resultante de la relación entre el número de obras ejecutadas y programadas, según el documento original del proyecto a la fecha de la evaluación. Para las obras de agua potable se ha tomado como

criterio de ejecución, el número de sistemas que se encuentran en servicio.

Una apreciación global del avance del proyecto, en el componente de agua potable y saneamiento rural podría determinarse del examen de la ejecución presupuestaria, en los rubros indicados en el cuadro anterior. Sin embargo esta información no estuvo disponible al momento de la evaluación. Considerando los avances de los rubros más significativos de este componente que corresponden a sistemas de agua potable y letrinas, se puede estimar un avance global aproximado del 45 %, en relación con el programa de obras establecido en el documento original del proyecto..

En el Cuadro 4.4 (ver Anexo G) se presentan los avances en trabajos de agua potable para las diferentes zonas del proyecto. De acuerdo con los datos del mencionado cuadro, los avances en diseño son: 37.8 %, 37.5 % y 44.6 % y en construcción de sistemas de agua potable: 40.7 %, 34.4 % y 48.5 % para las regionales de Chuquisaca-Cochabamba, Altiplano y Los Yungas, respectivamente. Los avances de trabajos de letrinización en las diferentes regiones no pudieron determinarse debido a que no se tienen cifras definitivas del número de letrinas a construirse en las tres zonas.

El programa inicial de ejecución de las diferentes obras y el avance a la fecha de la evaluación, reportado en los tres cuadros anteriores, se presenta gráficamente (ver Anexo G) en la siguiente forma:

- Figura 4.1 Sistemas Nuevos de Agua Potable del Proyecto
- Figura 4.2 Letrinas del Proyecto
- Figura 4.3 Diseño de Sistemas de Agua Potable del Proyecto
- Figura 4.4 Sistemas de Agua Potable en Chuquisaca-Cochabamba
- Figura 4.5 Sistemas de Agua Potable en el Altiplano
- Figura 4.6 Sistemas de Agua Potable en Los Yungas
- Figura 4.7 Diseño de Sistemas de Agua Chuquisaca-Cochabamba
- Figura 4.8 Diseño de Sistemas de Agua en el Altiplano
- Figura 4.9 Diseño de Sistemas de Agua en Los Yungas

Vistos los retrasos en la implementación de las obras de agua potable, se realizaron entrevistas con personal técnico y administrativo de CARE, averiguando la razón por la demora de los proyectos. De un examen de la información se destacan los siguientes hallazgos:

- La principal causa del retraso en la ejecución de los proyectos de agua potable fue la demora en las negociaciones con las contrapartes, en el período de preimplementación y la falta de planificación para desarrollo de un adecuado programa de ejecución de obras, durante este período. Ha contribuido notablemente a esta falta de planificación, los cambios de personal a nivel gerencial.

- Un resultado de esta falta de gestión inicial es la demora en la reestructuración del componente de ingeniería, hasta mediados de 1992. Para encarar el programa de obras de agua potable, se debió contratar más personal (ingenieros, supervisores de agua y albañiles) a fines de 1991, lo cual no sucedió. Este problema ya ha sido superado.
- La falta de material de origen extranjero (principalmente válvulas de varios tipos y algunos accesorios) aparece generalmente como la principal causa del retraso en los sistemas con un alto grado de avance. Este problema está siendo superado a niveles centrales y de las dos subgerencias del proyecto.
- La falta de mano de obra y de participación comunitaria han incidido decididamente en los retrasos, principalmente en la zona del Altiplano.
- En cuanto a los procedimientos de adquisiciones con requerimientos trimestrales, cabe la misma conclusión que en la evaluación del Proyecto PN 19: "Los procedimientos no parecen complicados a tal punto que influyan negativamente en el proceso de implementación. Mas bien parece que hay funcionarios nuevos que no conocen de los procedimientos establecidos, lo cual se puede subsanar fácilmente".
- Las adquisiciones de los cuatro rubros (hierro, tubería y accesorios de hierro galvanizado y calaminas) a través de las oficinas de CARE en La Paz, han sido autorizadas para realizarse en las oficinas regionales, pero la oficina de Chuquisaca ha demorado en la implementación de esta procedimiento.
- No existe un proceso sistemático y uniforme de registro de los avances de obras y de datos técnicos de los proyectos, incluyendo coberturas. Se usan diferentes procedimientos en Chuquisaca, El Altiplano y Los Yungas. No se está procesando en forma sistemática los costos de todos los componentes de las obras como: materiales, transporte mano de obra, salarios, consultoría y el aporte comunitario.

#### 4.3.2 Costo de las Obras

Durante la evaluación los ingenieros del proyecto efectuaron un análisis de costos reales de 16 obras de agua potable terminadas o con un avance muy cercano al 100%. Los datos se encuentran tabulados en **Cuadro 4.5** y los costos -per cápita- de sistemas de agua potable se presentan en la **Figura No. 4.10** en donde se ha

incluido costos de otros proyectos similares con propósitos de comparación.

En la **Figura 4.10**, los costos unitarios identificados como "USAID" y "PRASAR" corresponden a costos de sistemas de agua potable rural de Septiembre de 1991 en Honduras. Los costos identificados como "18", "19", "20C" y "20AY", corresponden a los sistemas construidos por CARE en los proyectos: PN 18, PN 19, PN 20 en Chuquisaca Cochabamba y PN 20 en El Altiplano-Los Yungas, respectivamente.

Los datos del **Cuadro No. 4.5**, con y sin el aporte comunitario se han ajustado a curvas con coeficientes de correlación por encima de 0.800 y con esas correlaciones se han desarrollado las **Figuras Nos. 4.11 y 4.12**, para los sistemas de la regional de Chuquisaca Cochabamba y las regionales del Altiplano y Los Yungas, respectivamente. En dichos gráficos se pueden apreciar las cifras del aporte comunitario para poblaciones de diferente tamaño. En las mismas figuras se han incluido las correspondientes curvas de costos de materiales.

Los costos de los sistemas construidos aparecen más bajos que los presupuestados, resultando en un ahorro para reprogramaciones que sean necesarias. Los valores son aceptables (ver **Figura 4.10**), lo cual indica que se está empleando una tecnología apropiada de bajo costo y óptima calidad.

El costo total de construcción de letrinas incluyendo el aporte comunitario, es en promedio EUA \$ 60 para las unidades tipo 1 y 2. Para las unidades tipo 3 se incrementa a EUA \$ 93.5.

El aporte comunitario en jornales y aporte en efectivo para la construcción de letrinas tipos 2 y 3 es en promedio el 32 % y el 42 %, respectivamente.

#### **4.3.3 Programa Original**

El documento del proyecto fue evaluado, en lo relativo a los componentes de agua potable y saneamiento, de lo cual se desprenden los siguientes hallazgos:

- El programa de implementación de sistemas de agua potable y letrinas y los correspondientes programas de ejecución presupuestaria, no coinciden.
- El programa de ejecución de diseños de los sistemas de agua potable para 160 comunidades en nueve meses, son totalmente irrealizables. Sin embargo no se ha realizado una reprogramación adecuada.

- El organigrama del proyecto y el presupuesto de personal para las actividades de agua potable y saneamiento, no guardan ninguna relación.
- El presupuesto del proyecto contempla para el componente de agua potable y saneamiento el siguiente personal: tres ingenieros (Asistentes Técnicos) y ocho albañiles para la construcción de 160 sistemas de agua potable y 8800 letrinas de arrastre de agua. No se incluyó como parte del equipo el nivel de supervisión (supervisores de obra). El programa original de ejecución de obras fue de 16 sistemas de agua potable más 880 letrinas de arrastre de agua por trimestre, lo cual significa que cada albañil debía construir dos sistemas en tres meses, con la ayuda comunitaria. La velocidad de implementación de letrinas del documento original es de 37 letrinas por albañil por mes, lo cual significaba dedicación completa del albañil al programa de letrinas y condiciones óptimas de abastecimiento de materiales y mano de obra existente en la comunidad. En resumen el personal de ejecución de obras del documento original estuvo totalmente subdimensionado, haciendo que el programa de implementación de obras sea irrealizable.
- Las cifras usadas en el presupuesto para la construcción de los sistemas de agua potable, son adecuadas para conocer la cantidad de recursos necesarios, pero para efectos de la programación presupuestaria con los indicadores de gasto de USAID y CARE, contienen una mezcla de rubros de: materiales y salarios y jornales y debieron desglosarse en forma adecuada para evitar confusiones que aun existen. Sobre este aspecto se hacen recomendaciones mas adelante.

#### 4.3.4 Personal del Componente y Programación

Un mes después del inicio de los tres primeros sistemas de agua potable, o sea a mediados de 1992, se reestructura el componente de ingeniería. Esta acción fue plenamente justificada, pues de otra forma con el equipo de trabajo dimensionado en el documento original, el programa estaba destinado al fracaso. El componente se reestructura en la siguiente forma:

PERSONAL DE EJECUCION	ORIGINAL	ADICIONAL	TOTAL
-----	-----	-----	-----
Encargado de ingeniería	1	-	1
Ingenieros civiles	3	6	9
Albañiles	8	20	28

De acuerdo con los datos anteriores, la relación ingeniero/albañil es de 1 a 3, es decir que un ingeniero debía implementar nueve obras de agua potable en un tiempo adecuado. Contando con la colaboración de las contrapartes, el Proyecto cuenta con 48 albañiles, lo cual es suficiente para la construcción de los sistemas de agua potable y letrinas, pero tiene el inconveniente de requerir demasiado tiempo de ingeniero para supervisión de obras en el campo. Se estima conveniente un reordenamiento del equipo de trabajo, para lo cual se presentan sugerencias más adelante.

Con la información disponible en las tres regionales se ha podido reconstituir el actual programa de implementación de sistemas de agua potable, en la siguiente forma:

MES/AÑO	CHUQUIBAMBA	ALTIPLANO	LOS YUNGAS	TOTAL
Mar/1993	11	13	11	35
Jun/1993	5	17	15	37
Sep/1993	10	7	8	25
Dic/1993	8	20	11	39
Ene/1994	5	1	8	14
Jun/1994	6	6	3	15
<b>TOTALES</b>	<b>45</b>	<b>64</b>	<b>56</b>	<b>165</b>

Teniendo en cuenta que se está considerando un período de 15 meses para la construcción de 130 sistemas y que la duración promedio de cada obra es de 4 meses, se requiere construir cerca de 35 sistemas cada cuatro meses, lo cual demanda más mano de obra. El programa anterior aparece muy forzado, particularmente para las regionales en condiciones de lluvia.

#### 4.4 Análisis y Conclusiones

##### 4.4.1 Efectividad de Implementación

Sobre la efectividad de la implementación del proyecto, se pueden sacar las siguientes conclusiones:

- De acuerdo con la información del Cuadro 4.4, el componente de agua potable y saneamiento rural del Proyecto PN

20 considerado en forma global, se encuentra en un 45 % de avance en relación con las metas establecidas en el documento original del proyecto para fines del primer trimestre de 1994.

- El avance de cada una de las obras de agua potable y saneamiento ha sido determinado en forma precisa. Para las obras de agua potable y letrinas con sello de agua, los avances de obras de agua potable tienen retraso, pero con las obras en proceso de construcción y una nueva reprogramación, se pueden recuperar las metas originales.
- La estrategia de CARE de construcción inicial de las letrinas y luego del sistema de agua potable es inconveniente por las siguientes razones:
  - 1) Rechazo generalizado de las comunidades. En las entrevistas a miembros de Comité de Agua o a miembros de la comunidad, realizadas sin la presencia del personal de CARE, los comuneros indicaron que estaban siendo obligados a este esquema de trabajo, pero que preferían iniciar con la construcción del sistema de agua.
  - 2) Las obras del sistema de agua generan entusiasmo, el mismo que puede ser aprovechado para la realización de otras actividades del proyecto, como la construcción de letrinas.
  - 3) Se puede asegurar la terminación de letrinas no conectando a los socios que no hayan terminado su letrina.
  - 4) En relación con el cólera, una estrategia adecuada para proyectos con componentes de agua potable y letrinas con arrastre de agua, es el acelerar el programa de construcción de los sistemas de agua potable, para permitir el uso adecuado de las letrinas.
  - 5) La modalidad actual de construcción de letrinas con arrastre de agua, antes que los sistemas de agua potable, resultan en una inversión improductiva, pues las letrinas permanecen ociosas por períodos de 4-6 meses, esperando la llegada del agua.
- En las visitas a obras terminadas y en proceso de construcción, se pudo apreciar que los sistemas de agua potable construidos son de óptima calidad.
- Se detectado errores en la concepción inicial del proyecto, lo cual demandan que las estrategias adoptadas al inicio sean revisadas para introducir las reformas del caso. Algunos cambios necesarios son:

- el dimensionamiento original del personal para la implementación del proyecto fue inadecuado y requiere ser modificado para tener un equipo de: nueve ingenieros solamente para ejecución de obras, diez y ocho supervisores de obra y veinte y siete albañiles, para asegurar el cumplimiento de las metas.
- el cronograma global de implementación debe reformularse hasta fines de 1994, para entrega total de las obras por lo menos tres meses antes de la finalización del proyecto.

#### 4.4.2 Sustentabilidad de los Beneficios

En relación con la permanencia y sostenibilidad de los sistemas de agua potable y saneamiento, los aspectos más importantes tienen relación con:

- la organización para el mantenimiento y el cobro de tarifas para generar recursos tanto para la operación como para el mantenimiento. Se debe comenzar al cobro de tarifas y el proyecto debe hacer entrega de las herramientas necesarias para el mantenimiento de los sistemas.
- una adecuada educación sanitaria y seguimiento, para asegurar que las comunidades utilicen las letrinas en forma adecuada y mantengan prácticas de uso de: papel de limpieza, tachos para papel, agua y que el mensaje del lavado de manos después de usar la letrina y antes de comer se mantenga.
- Al respecto se ha notado que en las comunidades del Altiplano que ya cuentan con sistema de agua, un 85 % de las letrinas no están siendo bien utilizadas, por lo cual conviene reforzar el componente educativo. Por el contrario, en otras zonas del proyecto como La Recaja y Los Yungas se encontró que un elevado porcentaje (95 %) de las letrinas están siendo bien utilizadas.
- De las observaciones sobre letrinas en el campo se encontró que apenas el 14% de las letrinas construidas están en uso, pero es notable que todas las letrinas en uso estaban limpias. En La Recaja y Los Yungas, una buena proporción de las letrinas sin uso cuentan ya con tacho para los papeles y un recipiente para descarga del agua, lo cual refleja una buena educación sanitaria.
- En términos generales las letrinas se encuentra en muy buenas condiciones en relación con aspectos constructivos, debiendo destacarse que principalmente en El

Altiplano y Los Yungas se encuentra un 18 % de las letrinas con problemas de fisuras y desprendimiento de los reboques, lo cual se debe a deficiencias de mano de obra de las comunidades y falta de cemento. CARE debe revisar la política que limita el uso de 2 bolsas de cemento por letrina, para casos en donde la mano de obra y la calidad de los agregados son deficientes.

- Prácticamente el 100 % de las letrinas cumplen con especificaciones constructivas en cuanto a dimensiones de la superestructura. El único problema detectado en varias comunidades de La Recaja y Los Yungas fue la inadecuada ubicación de la pared rompevistas en relación con la pendiente del terreno, es casos como los indicados se debió girar 90° a la letrina para una adecuada ubicación del rompevistas.

#### 4.4.3 Utilización de Recursos

Los costos de los sistemas de agua potable construidos, aparecen menores a los presupuestados y la calidad constructiva de los sistemas es óptima, lo cual indica que el nivel de tecnología utilizado es adecuado.

Se puede efectuar una comparación de las cifras presupuestadas en el documento original, con datos reales del proyecto PN 20, según los datos del Cuadro 4.5 y de las Figuras Nos. 4.11 y 4.12. El costo unitario de los sistemas de agua potable resulta en EUA \$ 36.03 y EUA \$ 47.60 por habitante de diseño, para las regionales de Chuquisaca-Cochabamba y El Altiplano-Los Yungas, respectivamente. Este dato compara con su similar de EUA \$ 50/Hab. asumido en el documento del proyecto. De los valores indicados, tan solo EUA \$ 28.54 y EUA \$ 30.67, corresponden a costos de materiales por habitante de diseño, para las regionales indicadas en forma correspondiente. De modo que las diferencias entre los valores correlativos, corresponden a costos de salarios y jornales, lo cual es el 36 % para la regional de Chuquisaca-Cochabamba y el 21 % para las regionales de El Altiplano-Los Yungas. En promedio puede considerarse con seguridad que un 30 % de los EUA \$ 2'400,000 que fue el "Costo de los Sistemas de Agua Potable", presupuestado en el documento del proyecto debió considerarse como salarios y jornales, lo cual asciende a un valor de EUA \$ 720,000. En la actualidad CARE ha solicitado a USAID una reprogramación del presupuesto, con un incremento de EUA \$ 638,500 en el rubro de "Personal y Operaciones", lo cual es necesario y perfectamente entendible, según la discusión que antecede.

En condiciones como las del proyecto PN 20, es aceptable que un ingeniero supervise el trabajo de 2 supervisores de campo. La productividad de un modulo operativo compuesto por: un ingeniero, dos supervisores y nueve albañiles es terminar nueve sistemas de

agua y letrización en un período de 4 a 6 meses, dependiendo de la complejidad del sistema. Asumiendo el tiempo de 4 meses por sistema y manteniendo fijo la fecha de finalización de obras (Diciembre de 1994), se puede asegurar la ejecución de todas las obras de agua potable y letrización programadas, con los nueve módulos operativos.

Conviene reformular el programa de obras con un horizonte hasta fines del año 1994, con cinco períodos de implementación de cuatro meses cada uno, en promedio. Con estas consideraciones y teniendo en cuenta las condiciones de Bolivia, se espera que un ingeniero construya nueve proyectos cada cuatro meses. Para que esto sea posible se estima necesario la incorporación de por lo menos dos - supervisores de obra- (con motocicleta) que asistan al ingeniero en tareas de campo, visitando dos obras por día en promedio y reportando al ingeniero requerimientos de materiales y avances de obra cada semana. En estas condiciones el módulo de implementación de nueve obras en cuatro meses estaría compuesto de: un ingeniero, dos supervisores de obra y nueve albañiles. Este módulo operativo se indica gráficamente en la **Figura No. 11** (ver Anexo G).

Para la implementación de los módulos operativos indicados anteriormente se sugiere que 18 de los 48 albañiles existentes en el proyecto, sean promovidos a supervisores de obras, con una mejor remuneración y un corto período de entrenamiento. Los 30 albañiles restantes caben perfectamente en el esquema propuesto, guardando una relación 1/2/9 entre ingenieros, supervisores y albañiles. Se estima que esta estrategia permitirá liberar a los ingenieros de una exagerada permanencia en el campo, para dar cabida a actividades de seguimiento y desarrollo profesional, durante su permanencia en las oficinas de la Paz.

Los requisitos de personal de: nueve ingenieros de campo, diez y ocho supervisores de obra y por lo menos veinte y siete albañiles, indicados anteriormente, deben ajustarse para las condiciones actuales del proyecto en cada regional.

En relación con el apoyo del personal de las contrapartes, se encontró que en particular COPDEPAZ no ha cumplido con su obligación de ejecución directa de los sistemas de agua potable, limitándose a tareas de supervisión (y en algunos casos de fiscalización mal entendida) conjuntamente con los ingenieros de CARE. Se estima necesario que dicha entidad cumpla con lo establecido en el respectivo convenio.

#### **4.4.4 Relevancia de las Intervenciones**

Dentro del marco general de referencia este tipo de intervenciones son enteramente relevantes para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de Bolivia. El reciente Plan nacional de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario 1992 - 2000 pretende mejorar la cobertura

de agua potable rural, desde el 26.69 % en 1990 al 60 % en el año 2000 y de letrinización 14.54 % en 1990 al 50 % en el año 2000, mediante una inversión de EUA \$ 230 millones de dólares. Dentro de la estrategia propuesta en el Plan de Saneamiento se destaca la labor de las Organizaciones No Gubernamentales como CARE, cuya intervención es mencionada en dicho documento, de manera que todo tipo de proyecto con componentes de agua potable y saneamiento cabe perfectamente dentro de las urgentes necesidades y prioridades de país.

El proyecto se encuentra recibiendo una adecuada asesoría y apoyo del Encargado de Ingeniería, lo cual ayuda considerablemente a los ingenieros de campo, sin embargo dicho funcionario debe reducir su esfuerzo de tareas de campo, para una mayor dedicación a labores de escritorio como: estrategia de abastecimiento de materiales, seguimiento del avance de los proyectos, sistema de información, etc. lo cual es necesario para acelerar el ritmo de trabajo.

#### 4.5 Recomendaciones

- Se recomienda el rediseño del componente de agua potable y saneamiento rural del proyecto PN 20. a la luz de situación actual, teniendo en cuenta nueva reprogramación presupuestaria, para permitir la contratación de personal adicional necesario para la ejecución del programa de obras de agua potable y saneamiento rural. CARE ha solicitado a USAID la aprobación de una reprogramación presupuestaria, para incrementar el indicador de gasto de "Personal y Operaciones", en la presente evaluación se encuentra que dicha reprogramación es necesaria y debió efectuarse al inicio del proyecto. En el capítulo 4.4.3. se presentan los argumentos en forma detallada.
- Se deben efectuar los cambios y ajustes necesarios para incrementar la eficiencia de trabajo. Los logros en términos de número de sistemas de agua potable deben en promedio ser de veinte y siete obras terminadas cada cuatro meses, de este modo se puede asegurar la terminación del programa hasta finas del año 1994. Los cambios principales deben cubrir aspectos de incrementos de supervisores de obra e incremento de dos movilidades solamente para el componente de Agua y saneamiento del proyecto PN 20 y continuar con la modalidad de implementación de sistemas de agua por localización directa.
- Para un adecuada supervisión y monitoreo del proyecto se debe procesar la información del campo en forma mensual, imprimiendo un listado de avance de obras en progreso, con datos de % de avance y costo. Para asegurar una buena estrategia de acciones, es recomendable que se uniformar el sistema de información en las tres regionales del proyecto.

- Para evitar confusiones con el uso de recursos en este tipo de proyectos futuros, es recomendable que el presupuesto de obras de agua potable se efectuó desglosando e indicando exactamente los diferentes componentes como:

Costos directos: materiales, mano de obra y transporte

Costos indirectos: dirección técnica y supervisión, imprevistos, administración, etc.

- El proyecto debe desarrollar una estrategia para mejorar el uso y mantenimiento de las letrinas de las escuelas, las que en la evaluación presentaron constantemente las peores condiciones de limpieza y funcionamiento. Es recomendable la instalación de puestas para impedir uso de extraños y una mejor coordinación con los profesores y grupos de desarrollo de la comunidad, para asegurar que un miembro de la misma sea responsable por el mantenimiento de las letrinas.
- El proyecto debe encarar el problema de deserción de operadores comunales por falta de remuneración, el mismo que puede subsanarse con la adopción por parte de las comunidades de una política de liberación de tareas de jornales en tiempo de la construcción.
- La directiva de CARE limitando el tiempo de trabajo en el campo de 20 días al mes para los albañiles (que considerando días de viaje realmente significa 15 días al mes), resulta insuficiente para cumplir con el cronograma de obras. Se recomienda buscar una alternativa para permitir una mejor continuidad en los trabajos de campo, con períodos de descanso acumulados.
- La estructura salarial de CARE debe revisarse para impedir la fuga de personal entrenado (principalmente ingenieros) a entidades que ofrecen mejores remuneraciones.
- La política de CARE de construcción obligatoria de letrinas antes del sistema de agua potable debe ser revisada, por las razones antes indicadas, asegurando la conexión al sistema de agua potable solamente a los socios que hayan terminado su letrina. La construcción de letrinas antes del sistema de agua debe permitirse únicamente en condiciones de excepción.
- Se debe asegurar que se inicie el cobro de tarifas, tan pronto los sistemas de agua potable entren en funcionamiento, prestando la suficiente asesoría a los Comites de Agua, para que las mismas tengan un nivel adecuado para conseguir los ingresos deseados. Se recomienda implementar el cobro de tarifas en todas y cada una de las 35 comunidades actualmente con sistema de agua, antes de fines de marzo.

- Se recomienda que CORDEPAZ asuma su obligación de ejecución directa de sistemas de agua potable y letrinización.

### **5.1 Marco de Referencia**

Bolivia al igual que los demás países en proceso de desarrollo, tiene a la desnutrición infantil como uno de los problemas más preocupantes, los altos índices de éste mal mencionados en el componente de Atención Primaria de Salud han motivado al Gobierno y a las organizaciones no gubernamentales que están participando en el desarrollo comunitario del país, para que prioritariamente enfoquen sus esfuerzos y acciones para contribuir a la solución de éste problema que afecta principalmente el grupo vulnerable del sector campesino y urbano marginal.

El Proyecto de Desarrollo Comunitario PN 20, consciente de que la desnutrición tiene relación directa con la producción, ha determinado como una alternativa válida para contribuir a la solución de éste problema agro-alimentario, la implementación de los "Huertos Familiares" como componente complementario, que procurarán autosuficiencia de hortalizas básicas y otros cultivos para la alimentación de las familias, generalmente son cultivos de ciclo corto y fuente de vitaminas y minerales que adicionando a los productos de alimentación tradicional mejorarán la dieta de las familias campesinas y particularmente de los niños, partiendo del supuesto de que a mayor disponibilidad de productos mejoraría la alimentación familiar y por consiguiente la salud, efecto que podría apreciarse a mediano y/o largo plazo.

Además ésta actividad complementaría a los servicios de atención primaria de salud, de agua segura y saneamiento que ofrece el proyecto, podría ser a corto y/o mediano plazo una contribución efectiva para evitar o al menos disminuir la migración de familias campesinas, lo que disminuye la producción de la comunidad.

### **5.2 Objetivos y Estrategias Propuestas**

El objetivo general del Proyecto constante en la propuesta se señaló en el numeral 2 de éste informe. El objetivo específico para el componente agropecuario no está claramente expresado en la propuesta del proyecto, por lo que fue redefinido posteriormente en un Taller de Autoevaluación "Mejorar el nivel Nutricional de la Población Rural en las comunidades donde se trabaja."

En lo referente a estrategias en la propuesta se señalan 5 de carácter general para el proyecto, las que se mencionan en el numeral 2 de éste informe. Para el componente agropecuario en la propuesta no se señala específicamente y tampoco se lo hace en el documento del Taller de Autoevaluación, por lo que debe entenderse que estarán dentro de las generales del proyecto.

Las actividades previstas en la propuesta se sintetizan en:

- a) Implementación de Huertos Familiares en 125 comunidades;
- b) Producción de compost para Huertos Familiares;
- c) Cría de animales menores / producción de forraje;
- d) Sanidad animal - vacunación;
- e) Compensación de las comunidades a promotores por vacunación.

Luego de la reformulación en el Taller de Autoevaluación, las actividades quedarían modificadas así:

- a) Implementación de Huertos Familiares en 125 comunidades;
- b) Pequeños proyectos de generación de ingresos en 35 comunidades -
  - b.1 Sanidad Animal,
  - b.2 Cultivos especiales, papa, naranja tardía y maracuyá,
  - b.3 Forestación.

En la propuesta tampoco se puede apreciar claramente las metas para éste componente, complementando los datos con la reformulación, documento de la "Autoevaluación", se ha determinado las siguientes metas que se utilizarán de referencia para los hallazgos de la evaluación externa de medio tiempo.

#### METAS PARA EL COMPONENTE AGROPECUARIO DEL PROYECTO:

1. Implementación de Huertos Familiares 4585 en 125 comunidades.
2. Pequeños proyectos de generación de ingresos en 35 comunidades:
  - Sanidad animal vacunación en 16 comunidades;
  - Cultivos de papas en 18 comunidades;
  - Cultivos de naranja tardía, maracuyá en 12 comunidades;
  - Carpas solares 500 unidades en el Altiplano;
  - Forestación para protección de fuentes de agua (no determinadas las comunidades).

## METAS POR REGIONES:

Actividades:	Altiplano	Los Yungas	Chuquiabamba	Total
Huertos Familiares	1866	1800	919	4.585
Sanidad Animal Vac.	8	-	8	16
Cultivos de papa	6	12	-	18
Cultivos de naranja/maracuyá	-	12	-	12
Carpas Solares	500	-	-	500

Fuente: Taller Autoevaluación

En cuanto a los indicadores para determinar los logros se han detectado los siguientes:

- a) "50% de familias contarán con huertos familiares;"
- b) "Rendir hasta US\$. 60.- al año por familia para el consumo familiar;"
- c) "Que la desnutrición disminuya en un 25% por lo menos;"
- d) "Incidencia de desnutrición de los niños menores de 2 años se habrá reducido en un 30%;"
- e) "Aumento del 10% del peso de los animales que representa US\$. 10.- al año."

Estos términos de referencia fueron extractados de la propuesta del proyecto, de los documentos de autoevaluación, mesa redonda y reportes regionales, como se ha señalado anteriormente, el contenido de los documentos tiene muchas deficiencias y confusiones conceptuales, por lo que ha sido muy difícil establecer determinaciones específicas que permitan medir con suficiente objetividad cuantitativa y cualitativamente los alcances de las metas del componente, de acuerdo a los objetivos del componente y del proyecto.

### 5.3 Hallazgos

#### 5.3.1 Recursos Humanos, Logísticos y Cobertura

Las 3 regiones observadas, tienen 6 subregiones en 7 provincias, y cuentan con 4 Asistentes Técnicos para el componente, el apoyo de los Supervisores es limitado, la mayoría de estos son del sector salud y además la capacitación en lo agrícola parece no haber sido suficiente.

Existen limitaciones logísticas de movilidad y en ocasiones de inconvenientes en los caminos, mas el problema de la dispersidad de las comunidades.

Esto hace que la asistencia técnica sea insuficiente, los técnicos generalmente pueden llegar cada 2 o 3 meses a las comunidades, en muy pocas cada mes, en estas visitas no siempre es posible llegar a todas las familias con huertos.

En consecuencia, la cobertura del componente es mayor a la capacidad física de los técnicos, y no existe además participación de las contrapartes en la implementación y seguimiento.

### **5.3.2 Cultivos y Características de los Huertos**

El componente entrega entre 11 y 14 especies en sobres de diferentes cantidades (gr.) para hortalizas 1, 3, 4, 5, 8, 15, 19 gr. para leguminosas 30, 60 y hasta 150 gr. dependiendo de la especie.

Los cultivos son cíclicos, es decir con cosechas de 2 a 3 veces en el año.

Las entrevistas y lo observado señalan que se han cultivado entre 6 a 8 especies, en extensiones promedio de 40 m<sup>2</sup>, y sin protección en más del 50% de los huertos, y el porcentaje es similar en relación a la ubicación cerca o lejos de la casa.

Como cultivos nuevos se mencionan generalmente a 3 o 4 (betarraga, coliflor, acelga, lechuga o zanahoria) en unos casos en relación a la producción en otros a la preparación y consumo.

### **5.3.3 Riego, suelos, abonos y remedios para los cultivos**

Un 30% ha utilizado el agua del sistema del proyecto, el 70% restante ha usado agua de acequias y/o ríos cercanos. No se observa ninguna obra adicional para el riego del sistema.

Los suelos son variados; desde francos, arenosos, arcillosos, o mixtos, además existen muchos de "pizarras degradadas" y en fuertes pendientes. La disponibilidad de abono orgánico generalmente de oveja, hace que los suelos sean bastante buenos.

Un 75% cura las plagas y enfermedades de las plantas con remedios caseros, el restante 25% zona de Omereque, utiliza fuertes químicos inclusive tamaron, esto es una costumbre arraigada porque lo vienen haciendo en los cultivos tradicionales y comerciales de la zona, como el tomate.

#### **5.3.4 Cosechas, Aprovechamiento y Ahorro**

Los entrevistados indicaron haber cosechado entre 6 y 8 productos, aun cuando sea un poco, una o dos veces, las otras plantas" no levantaron".

Un 95% manifestó que lo cosechado lo utilizaron en la alimentación de la familia, el 5% indicó haber vendido algo. No conocen el valor nutritivo de los productos (cuáles son mejor alimento).

No fue posible tener datos de las cantidades cosechadas, pero se estableció por la compra que hacen cuando no cosechan que el ahorro estimado sería alrededor de Bs 5.- a la semana.

#### **5.3.5 Manejo del Huerto Capacitación y Seguimiento**

En las regiones del Atiplano y Chuquibamba, es el hombre el que está a cargo del huerto en un 38%, la mujer en 20%, los dos un 25%, la familia 12% y los hijos en un 5%.

En Larecaja Tropical/Yungas, son las mujeres las que generalmente están a cargo del huerto, pero en muchos casos cuentan con la colaboración de los maridos y de otros miembros de la familia.

El analfabetismo es impresionante, en el Altiplano y Chuquibamba es más que el 90%, en Larecaja tropical/Yungas el problema es menor, pero debe sobrepasar el 70 u 80% tranquilamente, esto incide en aspectos de capacitación, preparación de materiales, mensajes, etc. que deben ser de acuerdo a esta realidad.

A los supervisores a más de capacitarles en aspectos de agricultura o nutrición, etc. se les debe enseñar técnicas de capacitación, educación no formal y otras que permitan llegar a la gente que no sabe leer ni escribir.

La capacitación debe ser continua, durante las visitas de seguimiento de los Técnicos y Supervisores, utilizando principalmente prácticas.

#### **5.3.6 Sistema de Información**

No fue posible apreciar como sistema mismo, ya que los instrumentos proporcionados u observados de las regiones, no son similares y correspondían a diferentes niveles y para propósitos distintos. Dando la impresión de que no existe un sistema funcional de información, incluso la presentación de datos regionales se ha entregado en formatos y con criterios diferentes.

### 5.3.7 Actividades de Generación de Ingresos

En el Altiplano y Larecaja, se visitó la comunidad de Umapusa con actividades de sanidad animal, en la que se está haciendo, vacunación, desparasitación, atención de algunas enfermedades, manteniéndose además registros de las actividades, de los ingresos y gastos que se producen, existiendo una buena aceptación por parte de la gente de la comunidad.

En la comunidad de Chinchaya, se habló con los miembros de una ex-cooperativa, que quieren reactivarla, y producir papas (ya han hecho las primeras cosechas), comprar un pequeño camión y conseguir un puesto de venta en La Paz, esos son sus únicos objetivos.

Estas actividades son de indudable beneficio para la comunidad, sus resultados se podrá apreciar a mediano o largo plazo, es decir más allá del tiempo que resta del convenio.

Estas actividades que al menos por ahora no tienen vínculo directo con el propósito del componente, están restando tiempo del técnico y recursos a la actividad principal que son los Huertos.

## 5.4 Analisis y Conclusiones

### Documentos base y conceptualización:

La insuficiente información de los documentos base del proyecto y particularmente del componente agropecuario, y una conceptualización no uniforme de los ejecutores del componente ha llevado a distorsionar un tanto el enfoque del programa.

Sin embargo debe puntualizarse que se ha hecho un buen intento de enfocar los esfuerzos hacia la implementación de los Huertos, y que lo pecuario ha quedado reducido a pequeñas acciones de Sanidad Animal, como generación de ingresos, dejando al componente prácticamente como AGRICOLA.

### Complementación del componente:

La condición de "complementario" asignado al componente ha dado al mismo un tratamiento secundario, que se refleja en el desigual respaldo dado desde los niveles superiores del componente, así como también la poca o ninguna participación de las contrapartes, al menos en la ejecución.

### Epoca no apropiada para la evaluación:

La implementación del componente se ha realizado desde hace 10, 6 y 3 meses, por lo que según las regiones, los Huertos Familiares han tenido entre 1 y 2 ciclos de cultivos, unos pocos hasta 3 y algunos están en su primera experiencia.

Además el período de lluvias (de diciembre a febrero) no permite el mantenimiento de los Huertos, por lo que la observación fue reducida y por tanto poco objetiva, debiendo enfocarse la apreciación principalmente al proceso de implementación.

De los huertos observados, la mayoría estuvieron en condiciones regulares o menos, muy pocos podrían considerarse más que regular o buenos, considerando que prácticamente están en las primeras experiencias del componente.

#### Recurso Humano/Logístico:

Las tres regiones tienen su campo de acción en 6 sub-regiones con las comunidades por lo general bastante dispersas, Cochabamba/Chuquisaca y Larecaja/Nor y Sud Yungas cuentan cada una con un Asistente Técnico, Altiplano/Larecaja tiene 2 Asistentes Técnicos, estos profesionales en muy pocos casos cuentan con el apoyo de los llamados Supervisores, que en su mayoría son del sector salud.

Las limitaciones de: movilidad y en determinadas épocas los inconvenientes de los caminos, más la dispersión geográfica ya mencionada hacen que la Asistencia Técnica cuantitativa y cualitativa, sea insuficiente, pueden llegar a las comunidades únicamente cada 2 ó 3 meses y en determinados casos cada mes, y además en éstas visitas no siempre es posible llegar a todos los Huertos Familiares.

La cobertura prevista está más allá del alcance de los recursos humanos del componente.

#### Selección de comunidades y beneficiarias:

La selección de comunidades, parece se realizó considerando principalmente el componente de agua y saneamiento, por lo que el agropecuario debió asumir su condición de complementario e implementar los huertos en lugares sin las condiciones apropiadas o con complicaciones colaterales, en las que será muy difícil conseguir logros acordes con los propósitos del componente y del proyecto.

Como una de las consecuencias directas, en la selección de las familias a participar también se produjo un desenfoque en relación a la "población blanco" del propósito (familias con niños menores de 5 años), metas e indicadores del componente.

#### Provisión no adecuada de semillas:

El insumo básico del componente son las semillas que se entregan de acuerdo a las regiones, y a criterio de cada Asistente Técnico, tanto en el número de especies, como de las cantidades en gramos de cada una.

Los criterios son un tanto diferentes, en cuanto a especies se entrega: en una región 11, en otra 13 y en otra 14. Una distribuye sólo hortalizas, las otras incluyen leguminosas.

En cuanto a las cantidades por especie: Chuquibamba entrega diferentes cantidades 1, 3, 8, 15, 19 gr. el altiplano entrega 3 gr. de cada una y Los Yungas da 4 gr. de las semillas de hortalizas, de otros cultivos (leguminosas) las cantidades varían 15, 30, 60 y 150 gr.

Tampoco hay uniformidad en los períodos para los que corresponden las entregas.

En cuanto a la introducción de cultivos nuevos es relativa la apreciación, en promedio son 2 ó 3 los cultivos considerados nuevos, en unos casos en relación a la producción y en otros a las preparaciones y consumo.

Es muy positivo el hecho de que casi la totalidad de cultivos son utilizados para la alimentación de la familia, y que son cultivos que no utilizan químicos, excepto la zona de Omereque.

#### Desvinculación con los otros componentes:

La condición del componente complementario, repercute en la vinculación con los demás componentes, en relación a los resultados; con agua y saneamiento, la utilización del agua de los sistemas está en relación del número de sistemas terminados o en funcionamiento, con las letrinas la relación es similar de acuerdo a la terminación y uso, siendo necesario el aspecto educativo de saneamiento para relacionar con los hábitos de higiene. Con salud la relación estaría en el aspecto nutricional enfocando principalmente a los niños, muchas familias con huertos no tienen niños para control de crecimiento, inmunizaciones, alimentación para el destete, etc.

La organización comunitaria parece estar limitada en la mayoría de comunidades por lo que en muchos casos la vinculación estaría en función de las organizaciones que se consideren funcionando si se incluye el club de madres en las directivas.

En el aspecto operativo es bastante limitada la colaboración entre los Asistentes Técnicos, así como la de los Supervisores.

#### Participación de la Mujer:

Las cuestiones de género, que se espera sean un efecto del programa, son aún prematuras para ser evaluadas, considerando además los aspectos culturales de las regiones.

En Chuquibamba y el Altiplano son los hombres los que principalmente están a cargo de los huertos.

En Los Yungas es la mujer la que participa, pero esto no puede considerarse un resultado de la intervención del proyecto con sus componentes, tampoco el que los supervisores sean en su mayoría mujeres, si su intervención es limitada.

#### Capacitación insuficiente:

El componente busca cambios de actitudes y para ello la capacitación continua es la base del proceso. La limitada colaboración en aspectos del componente hace más notoria esta deficiencia. En las reuniones con los promotores y las entrevistas con las participantes fue notoria la debilidad en los conocimientos, tales como sobre las labores culturales en los huertos y en el conocimiento básico de productos alimentarios.

#### Actividades de generación de ingresos sin vínculo directo:

De lo observado, las actividades de sanidad animal, siembra de papas, naranja tardía y maracuyá son muy interesantes y de indudable beneficio para las comunidades, sin embargo son actividades que tendrían su vinculación con los propósitos del componente a un plazo mayor del tiempo que le resta al proyecto, por lo que de momento no existe una vinculación directa con el propósito del componente al menos será muy difícil medir su aporte de acuerdo a los indicadores propuestos para el componente y el proyecto.

#### Sistema de información no funcional:

De los registros y formularios observados se pudo apreciar que no están unificados, cada Región y /o Asistente Técnico utiliza los que considera necesarios, en los diferentes niveles, además para algunos aspectos no se dispone, no se utiliza ó no se pueden ver.

Inclusive para la presentación de datos por regiones tienen diferentes formatos y criterios.

#### Sostenibilidad incierta:

El proyecto y el componente aspiran a que los huertos familiares continúen luego de que el proyecto finalice.

El insumo principal son las semillas, la casi totalidad de las personas entrevistadas manifestó que para continuar con los huertos comprarán las semillas, aseveración relativa si consideramos varias limitantes como: los lugares donde tendrían que adquirir, la distancia de las comunidades a los sitios de venta, las facilidades de movilización, la disponibilidad de los recursos suficientes para la compra, y si los grupos están mediamente organizados para hacer más factible esta intención. etc.

#### Respuestas de informantes claves:

Se recibieron 11 contestaciones: 1 Subgerente, Asistentes Técnicos y 6 Supervisores. Las respuestas mas representativas fueron las de los Asistentes Técnicos, las otras respuestas son tanto relativas o teóricas por la poca participación directa en el componente.

Todos practicamente han estado desde el inicio de la implementación, el porcentaje que indican dedicar al componente tiene una media de 60% o al menos en lo que se refiere a la permanencia en el campo.

Todas las personas conocen el propósito del componente, con pequeñas variaciones de forma.

Los aspectos positivos y negativos también son similares, enfocandose en mejorar alimentación, llegar a las comunidades, capacitar y del otro lado la falta de tiempo, limitaciones logísticas, falta de apoyo de los niveles superiores e inferiores.

En cuanto a estrategias, señalan fundamentalmente más permanencia en el campo, capacitaciones prácticas, conscientización de los beneficios.

En recomendaciones, enfatizan en dar más apoyo logístico para tener mas permanencia en el campo y el apoyo puntual de los Supervisores y la revisión de las coberturas por regiones.

En resumen, todos están claros en el componente, y tienen interesantes ideas, esperando que puedan llevarlas a la práctica luego de los ajustes que posiblemente se realizarán en el componente y en el proyecto.

#### **5.4.1 Efectividad de la Implementación**

Según el reumen hist\*rico del proyecto, la elección de comunidades para el proyecto, en general fue un problema por la migración constante que dificultaba alcanzar la población prevista de los 48.000 baneficiarios en 160 comunidades. Esto demoró la implementación practicamente un año.

Además parece que la selección de comunidades se hizo pensando prinicipalmente en el componente agua y saneamiento, por lo que el componente agropecuario, tuvo que implementar los huertos en esas comunidades, aún cuando en varias de éstas no existen las condiciones apropiadas, para los resultados sean un aporte significativo en la alimentación de las familias y particularmente de los niños menores de 5 años.

La falta de claridad en los documentos básicos, las diferencias conceptuales y la limitada capacitación de los Supervisores, Promotores y de los comunarios en aspectos agrícolas, han hecho que estas primeras experiencias no sean lo suficientemente satisfactorias.

Siendo un proceso es aun prematuro confrontar con las metas y menos aun con los indicadores.

Sin embargo señalaremos algunos datos: las 28 comunidades visitadas tiene un total de 1770 familias, se apreció 60 huertos, 18 aceptables y 42 regulares o menos (considerando la etapa de iniciación), se entrevistó a 92 personas que manifestaron todas haber tenido huertos y que consideran que es algo bueno para mejorar la alimentación de la familia.

Además las metas e indicadores vigentes deben ser reformulados para la apreciación de la efectividad de la implementación del componente.

#### **5.4.2 Sustentabilidad del beneficio**

Depende fundamentalmente del grado de conscientización de las familias que están participando, si estas fueron seleccionadas adecuadamente y han podido percibir objetivamente los beneficios de la participación en el proyecto, tales cosechas continuas que ayudan en algo a la alimentación de la familia, la estimación del ahorro que esto significa y además los beneficios de los otros componentes, como disponer de agua y letrina, recibir atención de salud, control de peso para sus hijos, inmunizaciones, y orientación alimentaria, y además pertenecer a una comunidad organizada que quiere contribuir a la solución de sus problemas.

En la actualidad este proceso está en sus inicios, los entrevistados manifestaron en la casi totalidad, que como los huertos son algo bueno y ya se han acostumbrado a tenerlo, cuando termine el proyecto, ellos comprarán las semillas, aseveración teórica que habrá que comprobar antes del tramo final del proyecto.

Será necesario reforzar la conscientización, recordandoles el tiempo que resta del proyecto e insistiendo en la inclusión de especies propias de las zonas.

#### **5.4.3 Utilización de los recursos**

El recurso humano/técnico de CARE es insuficiente por la cobertura y dispersión de las comunidades y no se está utilizando efectivamente el aporte de los Supervisores y Promotores.

Los insumos que ha provisto el proyecto, para los huertos han sido básicamente las semillas y algunas herramientas como rastrillos y regaderas, para las actividades de generación de ingresos; en sanidad animal algunos equipos, vacunas, medicinas y semillas de pastos. Para cultivos especiales, semillas de papa, de naranja y maracuyá.

No se ha dispuesto de datos concretos, pero por el conocimiento parcial de algunos costos, se podría aventurar una estimación en no mas de US\$. 15 o 20.000.00. Desconociendose otros gastos directos

de la implementación como serían los relacionados con las capacitaciones.

#### **5.4.4 Relevancia de las Intervenciones**

Como se mencionó en el marco de referencia de referencia de éste informe, Bolivia como país en vías de desarrollo tiene una larga tarea en el proceso del desarrollo para que sus habitantes alcancen un mejor nivel de vida.

Uno de los principales y agobiantes problemas es el de la salud, que tiene que ver con la disponibilidad de agua segura, saneamiento ambiental, atención preventiva de salud, disponibilidad de alimentos e ingresos, y una buena organización social comunitaria para enfrentar sus problemas y contribuir efectivamente al encuentro de prácticas soluciones.

El proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20 busca intervenir en este proceso de desarrollo, con varios componentes que ejecutan actividades en determinadas áreas del país, para contribuir aun cuando sea parcialmente a la solución de la problemática existente.

El Componente Agrícola a determinado su principal intervención en la implementación de huertos familiares para el autoabastecimiento de hortalizas básicas y otros cultivos, incrementando la disponibilidad de alimentos y los conocimientos elementales para un consumo apropiado, pretendiendo de esta manera mejorar el estado nutricional de las familias y particularmente de los niños menores de 5 años.

Esta alternativa de los huertos familiares, que va en beneficio de los campesinos pobres, se está implementando en varios países del continente y del mundo, con resultados alentadores considerándose que es proceso de mediano y largo plazo.

La racionalización de la cobertura, la optimización de los recursos del componente, una adecuada capacitación y asistencia técnica, hará que los huertos familiares tengan una producción orgánica permanente de cultivos de reconocido valor nutricional incluyendo los propios del medio, para no siempre depender de las semillas importadas, convirtiéndose en un real aporte significativo para la alimentación de las familias campesinas, complementándose el beneficio con las otras acciones del proyecto.

Los huertos familiares tiene otras implicaciones positivas, tales como: la inclusión de la mujer en la producción y desarrollo de las comunidades, la consolidación de la costumbre de trabajar en familia, la incentivación en los niños del amor a la tierra, y quizás de alguna manera en algo pueda aportar para disminuir la migración campesina.

Estas intervenciones que buscan cambios de actitud en la gente del campo, no dan resultados inmediatos ya que es un proceso social que tiene que enfrentar barreras como la tradición, el lenguaje, el conformismo y la desconfianza del campesino que ha sido muchas veces engañado.

Interrumpir este proceso sería sembrar desaliento y sustracción en las familias que realmente quieren mejorar su vida, en los ejecutores que están trabajando con empeño y dedicación y desgaste para las instituciones que han unido recursos y esfuerzos para lograr un objetivo común, acercarse a ese "mañana mejor" que parece cada día estar más lejos.

### **5.5. Recomendaciones**

- Tener presente el tiempo efectivo que queda hasta la terminación del proyecto.
- Realizar los ajustes necesarios en la estructuración del componente, teniendo en cuenta siempre su objetivo.
- Unificar los conceptos para que todos los ejecutores del programa utilicen los mismos criterios.

Ejemplos:

Objetivo del Componente.-

Incrementar la producción y consumo de hortalizas y otros productos del huertos, en las familias campesinas, principalmente de las que tienen niños menores de 5 años, de las comunidades seleccionadas por el proyecto.

**Metas.-**

- Implementación del componente en "N" comunidades en cada región (tantas con huertos y tantas con otras actividades).
- Implementación de "N" Huertos Familiares en cada Región o Sub-Región.
- Participación por comunidad y/o región de "N" familias con niños menores de 5 años.

**Indicadores.-**

- Huertos con producción escalonada con 5-6 especies entregadas por el proyecto.
- Inclusión de al menos 3 productos locales en el Huerto Familiar.

- Familias consumiendo productos del Huerto Familiar 1-2 veces por semana.
- Familias con huerto, que cada mes hacen controlar a sus hijos y tienen el carnet.

- Determinar el apoyo necesario para cada componente de acuerdo a su avance y al plan de actividades. Incrementando la participación directa de los supervisores y el apoyo de los promotores, de manera que prácticamente se forme un equipo de trabajo, con líneas de comunicación.

Involucrar más a los niveles superiores haciéndoles participar más directamente en las actividades del componente, en particular en el seguimiento periódico a las comunidades.

- Fortalecer el equipo de ejecutores del componente agrícola, asignando un porcentaje de tiempo de los supervisores para una colaboración puntual, incluyendo a los promotores para que se consolide un equipo que; comparta responsabilidades, haya delegación de funciones y tenga líneas de información mensual o periódica.

Para lograr efectividad de éste equipo deberá racionalizarse el alcance de la cobertura en las tres regiones.

- Revisar la selección de comunidades y familias participantes para la racionalización de la Cobertura del componente.

- Deberá reducirse el número de comunidades tomando en consideración:

- a) El criterio de los Asistentes Técnicos en cuanto a las condiciones apropiadas (suelos, agua e inter\*s de la gente) para una respuesta positiva de los cultivos del huerto, que represente un aporte significativo para las familias.
- b) Excluir del programa a las comunidades que directa o indirectamente muestran que no les interesa participar en el proyecto. Ej. Cochipata.
- c) No insistir en comunidades que tienen problemas internos, fuera del control del proyecto. (sindicatos)
- d) Analizar seriamente la continuación en las comunidades que utilizan por costumbre arraigada químicos fuertes (Ej. Tamarón), actitud que es contraria a los criterios del proyecto y de CARE. Ej. zona Omereque.

- e) Revisar y decidir sobre las comunidades en que la mayoría de los participantes no tienen niños menores de 5 años para los controles del componente de salud.
- f) Decidir sobre aquellas que por su lejanía y aislamiento requieren de la utilización algo desproporcionada de recursos, principalmente el tiempo, Ej. viajes de un día entero para llegar a 1 o 2 comunidades.
- g) Mantener la comunidades que tengan mayores problemas o deficiencias nutricionales.

- Racionalizar las entregas de semillas. De lo observado se ha podido apreciar que los cultivos y/o cosechas de los huertos han sido en no más de 7 u 8 especies.

Por lo que debería determinarse que el proyecto distribuya en adelante, en las tres regiones un número igual o al menos similar de especies (hortalizas), sugiriendose entre 7 u 8 máximo, determinadas por los Asistentes Técnicos considerando el valor nutritivo de las especies.

La distribución por especies también debe unificarse en 3 ó 4 gramos, y para entregas trimestrales.

Las entregas de leguminosas u otros cultivos serán determinadas particularmente, las cantidades y los periodos.

Si la comunidad quiere otras especies adicionales a las entregadas, tales como las "saborizantes" etc. deberán adquirirlas por su cuenta, esto servirá para confirmar si de verdad están dispuestas a comprar semillas.

- Para mejorar la vinculación con los otros componentes será necesario que se ejecuten las recomendaciones dadas, si la selección de beneficiarios enfoca a los que tengan niños, el control de éstos y la orientación alimentaria a las madres será un fuerte vínculo con el componente de salud.

La parte educativa de saneamiento y en particular lo relacionado a hábitos de higiene encaja con el consumo de los cultivos.

El fortalecimiento de los grupos de madres harán más viable la consolidación de las organizaciones comunitarias.

Los supervisores serían el eje principal para la vinculación de los componentes del proyecto, que actualmente marchan bastante aislados.

- Para que la participación de la mujer sea más objetiva, en las zonas en las que no está interviniendo en primer plano

(Altiplano/Chuquibamba), deberá insistirse en que asistan marido y mujer a las reuniones del componente, para ir conscientizando a los varones para que entiendan, que la mujer puede ser un elemento activo de la producción y del desarrollo de la comunidad, y que sus actividades son complementarias a las de los varones.

En las reuniones debe hacerse demostraciones culinarias y explicar a los maridos que las mujeres en el grupo aprenden a ser buenas amas de casa para atender mejor a la familia, para esto habría que apoyarse en las supervisoras, que por afinidad tienen más aceptación.

Las barreras culturales serán siempre un fuerte impedimento para que pueda considerarse que el proyecto en poco tiempo va a influir en cuestiones de género.

Mejorar la capacitación, revisando los planes existentes y lo ejecutado, considerando que estas actividades son básicas para la ejecución de las demás actividades del componente.

En el proceso de desarrollo la capacitación debe ser permanente y secuencial.

Debe capacitarse o reforzar la capacitación a los supervisores sobre aspectos agrícolas características del huerto familiar, labores culturales, siembras escalonadas, rotación de cultivos, abonamientos y controles, cosechas, etc.) y en conocimientos básicos de nutrición, de manera que están en condiciones de enseñar a las familias en las comunidades, a sembrar y consumir.

El huerto demostrativo (4 x 4) implementado y mantenido con todas las características, es un buen instrumento didáctico para uso de supervisores y Asistentes Técnicos.

Responsables de este huerto serían las directivas de las comunidades con los supervisores, si está bien mantenido servirá de indicador para valorar el estado de los huertos familiares.

Los Promotores también requieren una capacitación intensiva, al menos en los aspectos relacionados con el componente agrícola. Luego de la reestructuración del perfil del componente, y la unificación de conceptos, esto deberá ser transmitido a supervisores y promotores, entregando además material impreso con estos contenidos.

La capacitación a las usuarias, debe ser continua en cada visita de los supervisores y Asistentes Técnicos de acuerdo a planes pre-establecidos.

- Analizar la vinculación directa de las actividades de generación de ingresos con los propósitos del componente, considerando el tiempo que resta del convenio y los indicadores para medir la incidencia en el cumplimiento del objetivo.

Las actividades observadas hacen presumir que los beneficios serán tangibles a mediano plazo, lo que significa que serán más allá del convenio.

Se considera que estas actividades podrían ser parte de otro componente o de otro proyecto de más largo plazo.

Como estas actividades de generación de ingresos se han iniciado en algunas comunidades, deberá continuarse tomando las precauciones necesarias para que puedan continuar luego de la terminación del convenio.

Estas actividades siempre van en beneficio de las comunidades, por lo que deberán resolver si se las implementa o no en las otras comunidades que se había previsto.

- Adecuar el sistema de información, luego de hacer los ajustes del perfil del proyecto, las correcciones programáticas, y más rectificaciones recomendadas, deberá adecuarse los registros necesarios para todas las actividades del componente, en sus diferentes niveles, formularios que deben ser unificados para las tres regiones en su formato y utilización. Ej. Registro de la compra de semillas y otros insumos, con sus valores.

Registro de distribución directa o a través de terceras personas, Ej. Supervisores. Reporte de existencia actualizada de huertos señalando su condición (en semillero, transplante, en producción, novedades, etc.), este utilizaría cada Supervisor para enviar mensualmente datos al Asistente Técnico, quien consolidando enviaría al Subgerente y estos al Gerente conforme se establezca la frecuencia.

Formulario para registro de las visitas de seguimiento a las diferentes comunidades, señalando las actividades realizadas y las pendientes, formato para ser utilizado por los Supervisores y/o Asistentes Técnicos.

Adicionalmente se deberá elaborar los cronogramas y/o planes de actividades para facilitar el seguimiento, particularmente de Subgerentes y del Gerente.

De creerlo procedente se debería implementar un MBO (manejando por objetivos) para el componente en global, para las regiones por separado, e inclusive por cada Asistente Técnico.

- La sostenibilidad del programa luego de la terminación del convenio es una de las expectativas un tanto inciertas o al

menos relativas que se tiene en casi todos los proyectos, por lo que sería recomendable probar con algunas comunidades que serían separadas temporalmente del programa, para ver si en realidad adquieren las semillas por su cuenta como han planteado en las entrevistas.

La disminución de especies que se ha recomendado también dará una idea de la actitud de la gente para adquirir o no las especies no recibidas.

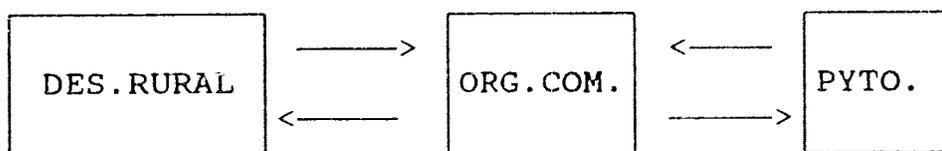
La inclusión sistemática de especies propias de la zona será una buena estrategia para que el huerto se mantenga luego del proyecto.

En todos los casos será fundamental el trabajo de concientización sobre la importancia de mantener el huerto y sus beneficios, labor que deberá iniciarse desde ya para formar bases para la sostenibilidad, que es una expectativa de CARE en todos los proyectos de desarrollo en los que interviene.

- Mantener un seguimiento periódico con cruce de información desde las Sub-gerencias y de la misma gerencia, a todos los niveles de ejecución.

### 6.1 Marco de Referencia

En razón del escaso tiempo disponible para esta evaluación y el reducido espacio asignado al informe final, pero, sobre todo teniendo en cuenta que una de las preocupaciones centrales del Proyecto (PN-20) en la evaluación de medio tiempo estriba en el análisis del Componente Social, y más específicamente del rubro relativo a la Organización Social inherente a la Comunidad Rural, en tanto elemento articulador y activador de los otros Componentes y como elemento fundamental a la preservación del impacto que se quiere lograr en el desarrollo comunal agrario, es que se vió por conveniente considerar, una forma estructurada de estudio: la ORGANIZACION COMUNAL (sus formas, su estructura, su funcionamiento, etc.) en tanto elemento primordial de análisis, en su relación interdependiente con el quehacer Institucional, más específicamente: el COMPONENTE SOCIAL, y los factores estructurales propios de un proceso histórico, en concreto: el DESARROLLO RURAL, en tanto elementos que afectan a la organización y que son afectados por ésta. El gráfico a continuación ilustra mejor este propósito:



Es así que la evaluación de este Componente privilegió el análisis de las Organizaciones Comunales, particularmente del Sindicato y de los Comités implementados a partir del Proyecto, y de todo lo que pasa al interior de éstas puesto que es ahí, en ese ámbito, donde se pueden desentrañar esos distintos comportamientos.

Este informe, a continuación de esta referencia introductoria, establece los objetivos, las metas y las estrategias institucionales para que puedan ser cotejados con los hallazgos detectados en ese ámbito de las organizaciones comunales (planteados a continuación). Estos, posteriormente, en el acápite dedicado al análisis y conclusiones se relacionan con los factores institucionales y estructurales referidos en términos supra, y finalmente, con todo lo logrado se posibilita la formulación de recomendaciones prácticas y a corto plazo.

Además, en esta evaluación también se consideran algunas de las recomendaciones más importantes efectuadas en el Taller de Planificación, aunque al hacerlo no merecen un tratamiento específico.

Todos estos aspectos, metodológica y teóricamente, intentaron ser comprendidos y dilucidados a partir de:

- La Indagación Documental (Documentos de la Institución).
- El Diálogo Constante con los Técnicos Responsables del Trabajo de Campo.
- Las Entrevistas con los Encargados de Actividades Específicas.
- Las Entrevistas con las Autoridades y Líderes Comunales.
- Las Entrevistas con las Mujeres Comunales.
- Las Entrevistas con los Beneficiarios de Base (e incluso con los comunarios ajenos al Proyecto).

Complementariamente, teniendo en cuenta el carácter social de este Componente, se recurrió al intercambio continuo de ideas y apreciaciones con los otros evaluadores y con el Gerente y los Sub Gerentes del Proyecto, como una forma de completar el estudio y como una manera de enmendar apreciaciones que podían ser muy subjetivas.

Finalmente, todo el enmarcamiento teórico y la consiguiente interpretación práctica han sido responsabilidad exclusiva del evaluador de este Componente, aspectos en los que tuvo mucho que ver el conocimiento y la experiencia pasados en materia agraria y el uso y manejo de idiomas nativos como elementos facilitadores del trabajo realizado.

## **6.2 Objetivos, Metas y Estrategias Propuestas**

### **6.2.1 Objetivos**

- Coadyuvar a la superación de los obstáculos socio-culturales y económicos propios de la Comunidad y que dificultan su organización.
- Lograr el fortalecimiento de la Organización Comunal.
- Desarrollar la Organización Comunal de manera que se implementen los otros Componentes del Proyecto y éste sea sustentable en sus logros.
- Lograr la participación comunal en base al cumplimiento y la eficiencia Institucionales, con énfasis en la promoción y capacitación de la mujer.

- Transferir a las Organizaciones Comunales el Proyecto para su autogestión, incidiendo sobre todo en la generación de ingresos propios y su administración.

### **6.2.2 Metas**

- Organizar Comités de Desarrollo (o similares) en 160 Comunidades.
- Organizar Centros de Mujeres en 160 Comunidades.
- Como parte de la Organización, forjar y capacitar a voluntarios (de 4 a 6 por Comunidad) para actividades responsables en los Componentes de Salud, Saneamiento Básico y Trabajo Agropecuario.
- Lograr que del total de voluntarios un 40% corresponda a las mujeres.
- Generar Ingresos y Ahorros en la Comunidad, para el pago adecuado a los voluntarios de Salud (Proyecto Piloto) y Agua a fin de lograr su mantención.
- Incrementar el número de líderes con interés en el desarrollo comunal y con referencia al Proyecto.
- Realizar reuniones periódicas al interior de las Organizaciones creadas y entre sí, como así también entre comunidades.

### **6.2.3 Estrategias**

Para facilitar la permanencia y el desarrollo del Proyecto, CARE como ESTRATEGIA PRINCIPAL ha determinado la estructuración de Organizaciones Comunales bajo una modalidad propia: COMITES DE DESARROLLO, SUB COMITES DE AGUA Y DE SALUD, EQUIPOS MENORES OPERATIVOS (SALUD, AGUA, TRABAJO AGROPECUARIO) y "ORGANIZACIONES" DE MUJERES.

Las estrategias específicas al logro de este propósito de Organización Comunal, han sido las siguientes:

- Trabajar en la estructuración y re-estructuración organizacional a partir de las Organizaciones Comunales ya existentes, involucrándolas en el Proyecto; particularmente, con la organización más representativa.
- Incorporar a la mujer en las Organizaciones Comunales a fin de lograr una mayor participación comunal. Además de "fortalecer la organización femenina a partir de involucrar

a la mujer en todas las actividades de desarrollo de su Comunidad".

- Forjar y capacitar a voluntarios de la Comunidad para que ellos asuman el liderazgo de desarrollo comunal, en relación al Proyecto, y posibiliten la auto-gestión comunitaria.

Como una estrategia básica para la concreción de todo lo propuesto anteriormente, CARE en la fase inicial del Proyecto debía realizar una INVESTIGACION exhaustiva sobre:

- Las Organizaciones Comunales básicas,
- Los Hábitos de la Comunidad, y
- Las necesidades de las mismas.

Este es el resumen de los objetivos, las metas y las estrategias concernientes al Componente, y que a diferencia de los otros, tiene un accionar más complejo. Y es que, si al evaluar este componente, uno se circunscribiría estrictamente al análisis cuantitativo de cotejar metas y resultados, por ejemplo en base a un informe último de la Regional de Chuquibamba (Véase ANEXO M) que señala que existen "44 Comunidades organizadas y funcionando en un total de 45", podría concluir (precipitadamente) que el resultado es óptimo (casi 100% en mitad de gestión). Y cuando uno mira los resultados de los otros componentes (Salud, Saneamiento Básico y Trabajo Agropecuario) en los que se realizan diversas actividades y se trabaja activamente, también podría sentirse satisfecho. Sin embargo, cuando uno se pregunta el cómo están organizadas y funcionando estas organizaciones (que ya no es un aspecto cuantitativo, sino también cualitativo) surgen una serie de inquietudes que no pueden ser resueltas fácil y mecánicamente a partir de un cuadro estadístico. Todo esto ya nos lleva a una duda (razonable) en los resultados.

Algo similar nos pasaría si sólo nos atendríamos en el trabajo de campo a los resultados de la muestra para inferir conclusiones a nivel del Universo; así, por ejemplo, si consideramos que todas las comunidades visitadas (25% aproximadamente) tienen Organizaciones Sociales en función del Proyecto, podríamos también concluir que se cumplió en un 100%. Sin embargo, esto se complica también cuando uno se pregunta por las formas de organización y en qué regiones funcionan (Comités de Desarrollo? Comités de Agua? Organizaciones de Mujeres? Sindicato?) y por cómo funcionan: (estructura, composición, gestión, participación, vigencia, etc.). Estos aspectos, que son predominantemente cualitativos, son los que han merecido mayor énfasis en esta evaluación y es en razón a ello que se añadieron los objetivos y las estrategias para una referencia más objetiva respecto a la de las metas.

### **6.3 Hallazgos**

En este acápite, de mucho de lo logrado en el trabajo de gabinete y de campo únicamente se extractan los aspectos más relevantes de la Organización Comunal. Al hacerlo, sólo presenta una síntesis ordenada, y la referencia empírica de respaldo, mediante citas, pasa a un Anexo elaborado al efecto (ANEXO M).

#### **6.3.1 Formas de Organización**

De manera general, el espectro agrario (comunidades visitadas) nos muestra una proliferación de organizaciones y esto resulta muy peligroso, no sólo para el Proyecto, sino también para el mismo desarrollo comunal.

Este peligro ya fue advertido por CARE (varios documentos): "... Algunas de estas organizaciones coordinan sus actividades con el Sindicato y otras funcionan aisladas o separadas del mismo, creando a veces divisionismo en la comunidad". Y esto es contrario al proceso histórico seguido por el agro boliviano, puesto que organizaciones tradicionales como el Consejo de Autoridades ya prácticamente se han extinguido e, incluso, en algunas zonas el mismo Sindicato tiende a perder vigencia (1). A pesar de ello, las diversas entidades que trabajan en el agro se han empeñado por aglutinar a las comunidades en diversas organizaciones, por lo general de carácter coyuntural. Este no es el caso del Proyecto que parece tener una propuesta más seria y, por tanto, con mayor acogida (2).

Sin embargo, lo que no queda claro es que esta propuesta contemple formas diversas y diferenciadas: Comités de Desarrollo, Comités y Sub Comités de Agua (y Salud), Organizaciones de Mujeres y Equipos Operativos menores, además que no involucre directamente al Sindicato (3). Esto confunde y distrae a la población, pero, sobre todo, agudiza los conflictos de poder, incidiendo negativamente en la unidad comunitaria (4).

#### **6.3.2 Estructura Organizativa**

En la re-estructuración o, más bien, estructuración de una nueva organización comunal, a pesar de existir varias propuestas alternativas "a ser consultadas con la comunidad" (ANEXO M-1), en la práctica se dan dos hechos diferenciados con resultados también diversos:

Una enorme burocracia organizativa-dirigencial para el caso de Chuquibamba (existe un ejemplo patético de esto en la comunidad de La Palca, donde a su interior se han implementado dos sistemas de agua y por tanto, se ha duplicado todo; hay más cargos dirigenciales que habitantes) (5).

En el caso de La Paz, existe un "Comité de Agua" (Comité de Desarrollo disfrazado ?) incongruente porque al pretender ser lo que no es, redundante en la no integración de los componentes (se privilegia el agua) y en perjuicio de un accionar institucional único que responda a una política global.

Al respecto, el sentir comunal prefiere una sola Organización ya sea junto al Sindicato o ya sea como parte de éste (6).

### 6.3.3 Composición (Roles-Funciones)

Acá, en la composición directiva de las Organizaciones nuevas, lo preocupante es la reproducción de carteras a semejanza del Sindicato (o de cualquier otro organismo ciudadano) y las que, a excepción del Presidente (rol ejecutivo), son normativas y de apoyo (Vice Presidencia, Actas, Hacienda y Vocalías); esto redundante en una multiplicación de roles y funciones burocráticas y casi estériles. Yo me pregunto ¿qué sentido, por ejemplo, tiene que existan 3 tesoreros al interior de un Comité de Desarrollo Comunal ? (7). Y esto, en un medio esencialmente pragmático, resulta totalmente paradójico, pero, además, se acentúa por que las responsabilidades inherentes a los componentes no tienen dirección específica y sólo detentan roles y funciones operativas, ubicadas en un segundo plano.

Este encaminamiento, parece ser, ha incidido en la pérdida de vigencia del Sindicato; el que al no tener actividades importantes para sus carteras operativas, las han ido excluyendo paulatinamente, y con ello se ha ido debilitando (8). El revertir esta situación podría darle vigencia a los Comités de Desarrollo.

Un otro problema, es la elección de dirigentes: éstos a veces son elegidos al azar, porque otros no quieren y/o por mecanismos propios inherentes a la comunidad que no significan calificación (9). Luego, se dan situaciones anómalas (en Yaricoa, un Secretario de Actas que no sabe leer y escribir, por ejemplo).

### 6.3.4 Funcionamiento y Gestión

Acá los indicadores propuestos por el Proyecto (varios documentos) para evaluar la gestión directiva se reducen a dos parámetros: duración (dos años) y reuniones obligatorias (por lo menos una vez al mes).

Al respecto, cabe señalar que mayoritariamente la gestión directiva de los Comités de Desarrollo y/o Comités de Agua llega a un año (característica comunal, más bien), mostrando bastante saturación. Y en el caso, de las reuniones que realizan éstas sobrepasan en mucho lo establecido, sobre todo en momentos de realización de

obras. Al margen de ello, el funcionamiento es bastante bueno y ya generalizado.

La debilidad está en la Organización de Mujeres, que por lo general tarda en implementarse, consolidarse y desarrollarse: existen muchas vicisitudes para su continuidad adecuada.

Por otra parte, la planificación, ejecución y evaluación a nivel directriz (supuestamente, Comunidad e Institución deben coparticipar en el nivel de decisiones) es algo desconocido para los Comités de Desarrollo o Comités de Agua (10). Y esto que es uno de los justificativos más importantes para la existencia de los Comités de Desarrollo, al margen de lo operativo, sino se resuelve, cuestiona también su misma existencia.

Además, esta gestión de la directiva de las Organizaciones nuevas debiera estar en relación a su propia gestión-comunitaria (en coordinación con el Sindicato ?) en la que, por tanto, se debería resolver la detección de necesidades sentidas para su propuesta de soluciones y su resolución propia consiguiente. Esto incide en la posibilidad de sustentabilidad de los logros alcanzados, de ahí su importancia.

#### **6.3.5 Participación Comunal y Participación de la Mujer**

La realidad nos muestra una participación comunal real y efectiva para la mayoría de las comunidades visitadas en términos de voluntad y acciones concretas (en ello tiene mucho que ver el apoyo del Sindicato); una participación más restringida y con visos de saturación para el caso de los dirigentes de las organizaciones implementadas (esto tiene que ver con la excesiva burocratización de las nuevas organizaciones y con el conflicto de poderes inminentes a la Organización Comunal); y una participación casi nominal y marginal para el caso de las mujeres, respecto a sus propias organizaciones y a la Organización Comunal (en ello son factores casi decisivos el bajo nivel femenino de instrucción imperante y el machismo obsecuente en casi todas las Comunidades (11).

A pesar de ello, por experiencias personales, me atrevo a señalar que hubo un importante avance en la participación femenina (antes, ni siquiera hablaban; ahora, no sólo hablan sino incluso imponen sus puntos de vista, en algunas circunstancias) (12).

#### **6.3.6. Vigencia**

En el trabajo de campo se insistió con la pregunta: ¿Continuarán las organizaciones una vez se cumpla el Convenio ? Y casi siempre se obtuvo la misma respuesta: sí. Pero, donde no se obtuvo respuesta alguna fue cuando se preguntó: ¿ Cómo ? (salvo algunas excepciones) (13).

Si a esto se suman las experiencias no gubernamentales pasadas, CARITAS por ejemplo con un programa de alimentos de muchos años de duración, que montaron organizaciones diversas y de las que, ahora, sólo queda el nombre, parece acontecerá lo propio con el Proyecto. Y esto tiene que ver con la enorme dependencia (paternalismo-prebendalismo) generado por el Estado y las ONGs; ahora el campesino pregunta qué se le dará y trabaja mientras se le dé y, cuando no, espera que otro lo haga.

Además, ocurre que la mayoría de las nuevas organizaciones, si bien tienen su aval, no involucran directamente al Sindicato que es la única Organización con vigencia plena, con participación de toda la comunidad y con reconocimiento de parte del Estado; el que no cumpla con sus funciones y gestión de defensa de los derechos campesinos y la búsqueda de soluciones a sus problemas, es otra cosa, y esto es lo que se tiene que atacar.

## **6.4 Análisis y Conclusiones**

### **6.4.1 Efectividad de la Implementación**

Lo primero que se observa, a través de la indagación documental y la observación empírica, es que el Componente de Organización trabaja para cada uno de los otros tres componentes. Luego, es de lógica concluir que si éstos funcionan es debido a que la implementación de las organizaciones necesarias a las actividades, ha sido efectiva.

Sin embargo, en esto de saber para que se estructuran organizaciones, creo que la intención del Proyecto va más allá de simplemente generar y desarrollar actividades en función de obras materiales y considera más bien que las organizaciones han de servir para cimentar un verdadero proceso de cambio social.

Al respecto si bien, por una parte, es evidente que en casi todos los casos las organizaciones son burocráticas y de accionar disperso y los beneficios del Proyecto no llegan a todos los miembros de la Comunidad y, por tanto, una parte no se siente satisfecha y asume una actitud de conflicto ante la mayoría, por otra parte, resulta ser que el trabajo comunal que se hace al interior del Proyecto cristaliza en una unión real de parte de los comunarios (trabajo corporativo) y en un acicate para mejorar sus condiciones de vida y, por ende, en gestar el desarrollo de su comunidad. Y en é ello mucho tiene que ver la organización comunal- (14).

### **6.4.2 Sustentabilidad de los Beneficios**

Algo que preocupa al Proyecto y a todas las personas involucradas con él es la posibilidad de SUSTENTABILIDAD de los resultados y de las actividades generadas por él una vez que fenezca. Al respecto,

cabe señalar que el riesgo que se corre es enorme por cuanto ya ocurrió con otras instituciones; ocasiones en las que las organizaciones conformadas y las actividades iniciadas, en tanto proceso, se fueron extinguiendo gradualmente una vez que las Instituciones se retiraron de las Comunidades (este es el caso típico de los Clubes de Madres auspiciados por CARITAS). De las entrevistas efectuadas a los comunarios, podemos inferir que las perspectivas del Proyecto no son verdaderamente halagüeñas: son contadas la Comunidades que saben lo que quieren respecto a su futuro y que consideran que el Comité de Desarrollo debe ser integrado al Sindicato una vez que termine el Convenio para que no pierda vigencia.

En este sentido, la posibilidad real de transferir actividades del Proyecto a la Comunidad para una autogestión es bastante pequeña, y es que el Estado y las diversas Instituciones con las que han trabajado las Comunidades han hecho de estas sociedades e individuos elementos altamente dependientes, al extremo de que en conjunto (la Comunidad) su desarrollo lo cifran en lo que otros les pueden dar, y esta tendencia se acentúa por la competencia de las ONGs por hacer obras. A nivel individual, en aquellas comunidades donde la pobreza no es tan extrema, existe la intención de mejorar sus condiciones de vida familiar; acá, esta posición individualista, sin embargo, se entraba por el patrón corporativo característico de la Comunidad, y del que no puede excluirse el individuo comunero.

Al margen de lo apuntado en rigor al esquema pre-establecido, es bueno tener en cuenta que la posibilidad real de que se estructuren organizaciones y que tengan vigencia y efectividad y, en última instancia, incluso, de que los proyectos tengan o no un impacto adecuado, depende básicamente de procesos globales que hacen a la sociedad en su conjunto. Así, por mucho que los Proyectos se ejecuten óptimamente no siempre logran un impacto en la comunidad, si es que ésta no ha resuelto previamente problemas estructurales serios inherentes a su proceso histórico. Nosotros hemos podido detectar algunos elementos de proceso que determinan comportamientos sociales (hábitos) definitorios para los Proyectos y las Organizaciones Comunales. En Bolivia, y particularmente en las áreas que abarca el Proyecto, se dilucidan dos importantes procesos: Uno, de aculturación, que supone el tránsito gradual de una cultura nativa a una cultura occidental, y otro, de mercantilización, que supone el paso acelerado de formas económicas precapitalistas a formas capitalistas. Ambos procesos conllevan un tercero: las migraciones acentuadas del campo a la ciudad.

De manera general, en referencia a las comunidades visitadas, las posibilidades de impacto y de mantención tienen correlación directa con el avance de las comunidades respecto a estos procesos; es decir, parece que a mayor avance en la cultura occidental y en la economía de mercado mayores son las posibilidades Institucionales

en su intento de contribuir al desarrollo rural, o si se prefiere más específicamente: el desarrollo comunal.

#### **6.4.3 Utilización de los Recursos**

Dada la ligazón de este Componente con los otros, la selección, utilización y control de los recursos humanos cobra real trascendencia. Nosotros pudimos ver en una comunidad de Los Yungas que, durante 2 años de gestión del Proyecto, prácticamente no se había hecho nada; por imponderables propios de la comunidad (desconfianza, pobreza, etc.), pero también por razones institucionales: se cambiaron 4 supervisores (el último data de hace 2 meses), no se cristalizaron las organizaciones propuestas y no se ejecutaron acciones. Esto, por supuesto, arroja un saldo negativo en la relación costo-beneficio.

Y es que a partir de éllo se incrementan los costos en remuneraciones, transporte, apoyo logístico y otros, y no sólo de este componente sino de todos. Obviamente esto no es generalizable, sin embargo es menester tener en cuenta que cuanto más rápida la estructuración y más segura la consolidación de las organizaciones existen, también, mayores posibilidades de actividades adecuadas y una reducción en los costos.

#### **6.4.4 Relevancia de las Intervenciones**

Un otro aspecto relevante de este Componente concierne al hecho de que coadyuva a generar cambios positivos en el comportamiento de los comunarios. En efecto, al realizar tareas de promoción y capacitación, de manera general, y de hacer hincapié en el liderazgo, de modo específico, está contribuyendo a ello.

Todo Proyecto, cualesquiera sean sus características, deja huellas por las que transitan sus forjados los que, a su vez, estimulan cambios de comportamiento de sus congéneres comunales en la medida que asumen el liderazgo; esto no siempre se produce a corto plazo (15).

Actualmente, CARE está forjando supervisores con gran espíritu de trabajo y promotores con grandes deseos de superación (hombres y mujeres) y éstos, cualesquiera destinos tengan y vivan en el campo o en la ciudad, serán los transmisores de nuevas pautas de comportamiento (cada vez más occidentales).

### **6.5 Recomendaciones**

- Se debe pensar en la estructuración de una sola Organización Comunal, que integre a la mujer dirigente y sea más operativa. Y, en lo posible, que involucre al Sindicato. A propósito, se presentan dos alternativas: una, con presencia del Sindicato, que significa a la postre ir absorbiendo sus carteras inheren-

tes al desarrollo comunal, dejando para éste el ámbito predominantemente gremial-político. Otra, sin presencia del Sindicato, más operativa y funcional a corto plazo y, por tanto, con mayores posibilidades de extensión o de inclusión al Sindicato, una vez fenezca el Convenio (Véanse Organigramas en ANEXO M).

- Sea esta posibilidad u otra, lo importante es que la Organización no reproduzca la composición sindical: ambigua, infuncional y politizada, y por el contrario, sea ante todo operativa.
- De igual manera importante es la incorporación de la mujer en la composición dirigencial de la organización. Y es que la participación femenina debe ser entendida como integración, no como organización subordinada (esto es un peligro).
- La gestión de la organización debe, necesariamente, incluir la planificación, ejecución y evaluación en un trabajo conjunto Institución-Comunidad y en un período de tiempo determinado.
- Estos hechos de por sí ya están contribuyendo a la vigencia de la Organización, pero, para que ésta se consolide considero necesario implementar una capacitación-concientizadora, con énfasis en la mujer y la población indiferente de base.
- En base a lo anterior, se podrá intentar una prueba piloto (Comunidades escogidas) para ver su posterior difusión y, sobretodo, para ver si la Organización y el Proyecto son posibles y permanentes a largo plazo. Además, de incidir positivamente en la eficiencia institucional.
- En este caso, se debería re-seleccionar comunidades en base a criterios generales (desarrollo rural-cambio social) y criterios específicos (organización comunal-institucional).<sup>1</sup>
- Luego, se debería implementar sedes (trabajo conjunto comunidad-institución) para estas organizaciones. Y acá tener oficinas (o espacios) para cada uno de los componentes y para el nivel ejecutivo (este es un aspecto importante a la sustentabilidad).
- Para completar el fortalecimiento de la Organización Comunal, el actual "componente" de organización debiera merecer trato de verdadero componente; es decir, el Proyecto debiera brindarle un mayor apoyo presupuestario, administrativo y logístico para su potenciamiento, capacitación y acción.

---

<sup>1</sup> Se debieran determinar algunos indicadores en base a ésta evaluación para que sirvan como requisitos a éste propósito.

- Tal vez, a partir de lo anterior, sería conveniente que es componente incluya como actividades propias a la PROMOCION y CAPACITACION; rubros que, además, han sido siempre de su incumbencia. Lo importante es que se defina un ámbito de acción específica.
- La ORGANIZACION, PROMOCION y CAPACITACION serían, así, inherentes a este Componente (social ?), a cada uno de los otros y a todos en conjunto. Esto contribuiría a darle al Proyecto un carácter de desarrollo integral.
- Sin embargo, a su interior, se deberían diseñar estrategias específicas (acordes a la perspectiva global) según las características regionales o subregionales del Proyecto.
- En la parte operativa, deberían existir promotores comunales para este Componente (ambos sexos) para que puedan organizar, promover y capacitar sobre todo a la población joven, particularmente a la femenina.
- En función del desarrollo integral y la complementariedad de Componentes, los asistentes técnicos debieran trabajar en equipo de manera tal que los unos se beneficien con la especialidad de los otros y su accionar sea más global.
- Complementariamente, se puede decir que es posible operabilizar el concepto de Organización Comunal como la unidad de la pluralidad para la distribución armónica del trabajo en función a responsabilidades y ejecución de tareas pragmáticas que hagan al desarrollo comunal.
- Finalmente, en aras del funcionamiento y la sustentación de la Organización Comunal se debe comprometer el concurso de las otras instituciones de desarrollo comunal y, sobre todo, del Estado.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> La forma de implementar estas recomendaciones (incluso las aclaraciones al respecto) no ha sido posible incluirla por razones obvias, sin embargo, puede ser posible de manera directa, en cualquier momento.

## 7.1 Integración de Actividades

### 7.1.1 Nivel Comunidad

Existe una integración entre el componente de salud y el de saneamiento en el sentido que los promotores promuevan activamente en las charlas educativas y en sus visitas a domicilio los mensajes de higiene personal, la limpieza de la casa y el buen uso de las letrinas. La encuesta de monitoreo demostró que las madres están cambiando las prácticas en favor a lavarse las manos y los promotores aseguran que la limpieza de las casas está mejorando. Sin tener el sistema de agua en funcionamiento, empero, el uso correcto de las letrinas es nulo, ó no las usan ó no las limpian.

Las principales deficiencias de integración se observa en la falta de un nexo programático entre las actividades de vigilancia y promoción del crecimiento y las actividades de producción agrícola (huertas familiares), particularmente en la promoción de los productos locales para la dieta del destete. También se ha notado una marginalidad de las actividades de salud en general de los focos de decisión comunitaria. Aunque entre las mujeres hay una buen nivel de participación en las actividades de inmunización, contro de crecimiento, educación sanitaria, etc., ellas en general todavía no han logrado una participación efectiva en el sindicato, los comités de desarrollo y agua, y otros mecanismos de poder dentro de la comunidad y sigan subordinadas a los hombres. Tampoco los hombres suelen participar directamente en las actividades de salud o en los huertos familiares.

El componente de organización comunitaria, que debería servir de dar coherencia a la integralidad de las actividades a este nivel, todavía no funciona de esta manera, y tiende a apoyar a obras específicas, principalmente agua y saneamiento.

### 7.1.2 Nivel Institucional

Los supervisores dedican la gran parte de su tiempo a salud y los albañiles a sus obras de construcción. La promoción ante la comunidad la hace cada uno en su campo. Hay excepciones por supuesto, particularmente cuando el supervisor no es enfermero. Pero por lo general, los componentes de agricultura y organización

comunitaria no cuenta con el apoyo necesario a nivel de la comunidad. Una de las consecuencias del "sectorismo" es que no se están logrando un análisis y resolución de la problemática integral a este nivel. El personal de campo dirige sus observaciones e inquietudes al asistente técnico que le corresponde porque el mecanismo institucional de integración no existe. Por otro lado, falta una capacitación al personal de campo en técnicas de integración y organización comunitaria.

De casi igual manera, los A.T. trabajan más independiente en los múltiples aspectos de su componente. La dispersión de las comunidades y el tiempo que les absorba en el campo, casi no les deja tiempo para pensar o interaccionar con sus colegas técnicas. La misma presión de cumplir con las metas, también por componente, es una influencia negativa en lograr una integración.

### **7.1.3 Recomendaciones**

- Promover activamente la participación de las mujeres en los comités de desarrollo y agua, y la participación de los hombres en las actividades de salud y huertos familiares.
- Desarrollar y fortalecer el nexo programático entre la vigilancia y promoción del crecimiento (VPC) y la producción agrícola. Promover el desarrollo de huertos demostrativos comunales a cargo de grupos integrados con mujeres y hombres.
- Los supervisores y albañiles deberían compartir su tiempo con los otros componentes y en particular promover en conjunto el análisis integral a través y dentro de la organización comunitaria.
- De igual manera, los asistentes técnicos deben conceptualizar la comunidad como la ente integral que es, y analizar los problemas de metas, estrategias e implementación en conjunto. El personal a todo nivel, requiere capacitación y quizás asistencia técnica para desarrollar métodos efectivos de integración.

## **7.2 Coordinación Interinstitucional**

### **7.2.1 Unidades Sanitarias**

Existe un buen nivel de coordinación y disposición entre el Proyecto y las Unidades Sanitarias, particularmente a nivel de distritos, áreas y sectores donde se ejecutan los programas. Las deficiencias presupuestarias y burocráticas del Ministerio de Salud Pública continúan en perjudicar la entrega de insumos que le corresponde para el Proyecto. La falta de recursos propios en los Distritos de Salud y una inadecuada orientación a los fines de

sustentabilidad de las actividades que apoya el Proyecto llega a un mínimo de integración en la prestación de los servicios. El personal de los distritos tienen poco conocimiento del mismo convenio interinstitucional. Aunque el personal de Proyecto entrega fielmente sus informes mensuales de actividades, ellos participan irregularmente en las reuniones del CAI de Area y de Distrito y no se ha realizado una planificación en conjunto sobre la implementación del Proyecto a nivel operativo.

### 7.2.2 Corporaciones de Desarrollo

Se nota la presencia, buenos conocimientos y disposición de las Corporaciones de La Paz y Chuquisaca en la implementación del Proyecto. También hay buen entendimiento en cuanto a los diseños y aspectos técnicos. (En Aiquile, ni CORDECO ni la Unidad Sanitaria/División de Saneamiento Ambiental (DSA) participan con el componente de agua y saneamiento.) Sin embargo, no se está utilizando el recurso de los ingenieros al óptimo; por problemas internos de transporte y viáticos, los ingenieros de CARE y las corporaciones van juntos en los vehículos de CARE para hacer la misma labor, lo cuál es ineficiente.

### 7.2.3 U.S.A.I.D. en Bolivia

Por falta de una comunicación clara y continua entre USAID y CARE, las relaciones de trabajo durante el último años han sufrido, resultando en percepciones distorsionadas y críticas a veces infundadas. Funcionarios de USAID han realizado pocas visitas para conocer las actividades en el campo y los de CARE no apreciaban las presiones internas de la agencia financiadora. Ultimamente, las dos instituciones han tomado pasos constructivos en conjunto para mejorar las relaciones y se ha observado la buena disposición de ambas para poner las divergencias atrás.

Existe un atraso en el desembolso de fondos, mayormente fuera del control de la misión local, que está en vías de solucionar. Por otra parte, CARE colabora activamente en dos proyectos adicionales financiados por USAID: PROCOSI, como co-fundador y miembro de directorio; y con el Programa de Desarrollo Alternativo Regional en el Distrito de Aiquile.

### 7.2.4 Recomendaciones

- Iniciar un proceso de planificación a largo plazo en los Distritos de Salud que muestran disposición, para definir en conjunto, metas de impacto y de sustentabilidad, identificar el rol más apropiado para CARE y otras ONGs, acordar las estrategias más apropiadas para lograr estos fines, y determinar las necesidades de apoyo financiero y material.

- El Ministerio de Salud debe cumplir con sus compromisos de biológicos y materiales de vacunación, SRO, sulfato ferroso, y vitamina A.
- Se debe realizar la capacitación a los promotores de salud en conjunto con los funcionarios del Distrito de Salud. De esta manera se llega a concertar fines y procesos.
- Proveer transporte y viáticos a los ingenieros de las Corporaciones para que ellos puedan supervisar a solos las obras de agua. Esta es más eficiente y daría más tiempo para los ingenieros de CARE.
- Continuar con los esfuerzos de mejorar la comunicación directa entre CARE y USAID, con más comprensión, apertura y entendimiento.

### **7.3 Estructura Global del Proyecto**

#### **7.3.1 Condiciones de Trabajo**

Se está implementando este Proyecto en medio de una dispersión geográfica y heterogeneidad regional que ha generado extremadamente difíciles condiciones de trabajo en el campo --deficiencias camineras, diferencias socio-culturales, migraciones estacionales, etc.-- que afecta la supervisión, integración programática y la permanencia del personal en el campo. Estas condiciones hicieron necesario la creación de las tres sub-gerencias y la re-estructuración del personal de ingeniería el año pasado. Además, la política de seleccionar comunidades en base a criterios de factibilidad del sistema de agua, repercutió en desventajas para los otros componentes: falta de concentración para las intervenciones de salud; condiciones ecológicas inadecuadas para la producción agrícola; y fragmentación social para la organización comunitaria.

Relacionados a esta panorama son algunos problemas específicos. La meta de cobertura del Proyecto se defina tanto en número de comunidades como número de habitantes y está resultando muy difícil satisfacer las dos junto a los otros criterios de selección. El personal de campo y los asistentes técnicos no solo permanecen la mayor parte del mes fuera de sus familias pero pierdan tiempo en llegar a sus comunidades y se cansan mucho. En Sud Yungas, existe una mala distribución en cuanto al número y la ubicación de las comunidades para tres de los supervisores.

#### **7.3.2 Organigrama, Roles y Funciones**

En el organigrama oficial del Proyecto, existen algunas áreas de confusión e falta de utilidad. En la práctica, algunas líneas de mando ó supervisión no coinciden con el esquema oficial. En parte

estas deficiencias se deben a la dispersión geográfica y la mezcla de funciones administrativas y técnicas de los asistentes técnicos. En primer lugar, hay demasiado amplitud en las responsabilidades de supervisión directa para los sub-gerentes (hasta 15 personas entre A.T.s, supervisores y choferes). No hay distinción entre líneas de mando administrativo y las de asesoramiento, caso de los asesores a nivel central.

En la práctica, los sub-gerentes no pueden supervisar directamente a los supervisores de campo y han delegado esta responsabilidad a uno ó más de sus asistentes técnicos. De allí surgen dos problemas. Uno, los A.T. con responsabilidades globales y administrativos con algunos supervisores y responsabilidades técnicas con todos ellos. Dos, y quizás más problemático, la dificultad en lograr un enfoque integral a través de los supervisores cuando ellos tienen que responder a un A.T. ó peor dos ó tres. La gerencia por comité no funciona. Esta situación genera ciertas incertidumbres en la definición y alcance de roles y funciones, particularmente en la habilidad de tomar decisiones en el campo.

### **7.3.3 Sistema de Información y Análisis**

El componente de salud tiene un sistema de información probado (el Informe Unico Mensual) que provee datos apropiados directamente al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y también para el uso interno de CARE. Actualmente, la mayor parte de análisis de estos datos lo hace la asesora nacional. El componente de agua y saneamiento carecía de un buen sistema de información hasta ahora pero uno ya está casi elaborado y entraría en vigencia pronto. Los componentes de producción agrícola y organización comunitaria no gozan de una sistematización en el flujo de información del campo hacia los niveles gerenciales.

Por la falta de adecuada información, el grado de análisis a nivel de las sub-gerencias y A.T. es mínimo, y consecuentemente la retroalimentación y análisis con los supervisores de campo es también deficiente. A pesar de que CARE está implementando tres proyectos integrales actualmente, no hay un intercambio sistemático de ideas, experiencias y situaciones problemáticas comunes entre el personal de estos proyectos ni entre las tres zonas del PN-20.

### **7.3.4 Apoyo Administrativo**

El Proyecto PN-20 ha sufrido demoras en la compra y entrega de equipo y materiales tanto en el componente de agua y saneamiento como en el componente de salud, las cuales han causado atrasos en el cumplimiento de compromisos en las comunidades y metas intermedias. CARE ha reconocido las deficiencias administrativas y ha tomado algunas medidas correctivas durante los últimos meses, pero algunos aparentemente aún persisten y requieren más atención.

### **7.3.5 Recomendaciones**

- Definir la meta de cobertura del Proyecto en 160 comunidades, sin preocuparse de la población total que alcanza. Aceptar el hecho que las actividades de producción agrícola y de organización comunitario no se realizarán con éxito en todas las comunidades.
- Reasignar las comunidades de Sud Yungas en una manera equitativa entre los supervisores Chambi, Cossio y Cáceres.
- Clarificar las líneas de mando y de asesoramiento, limitando la amplitud de supervisión a 5-6 personas, cada persona debe tener un solo supervisor directo, y respetando las funciones de asesoramiento técnico. Se sugiere una consulta y diálogo entre el personal de cada zona para que salgan a la luz los pros y contras de diferentes alternativas de estructura.
- Los asistente técnicos en salud deben comenzar su propio análisis de la información del IUM regularmente y proveer una retroalimentación y análisis con los supervisores.
- Sistematizar y uniformar el flujo de información en los componentes de producción agrícola y organización comunitaria y el reportaje y el análisis de la misma.
- Desarrollar un mecanismo de intercambio periódico de experiencias y discusión de problemas comunes entre el personal técnico de las tres zonas del Proyecto y los otros dos proyectos integrales.

## **7.4 Reprogramación Presupuestaria**

### **7.4.1 Justificación**

En diciembre 1992 CARE solicitó a USAID una reprogramación de los saldos del presupuesto del Proyecto. Como parte de la presente evaluación, se pidió a los consultores un análisis sobre el particular. El sistema de contabilidad de CARE no contabiliza los gastos por componente ó actividad programática sino por objeto de gasto en la manera que USAID requiere. Tampoco CARE realiza un análisis de costos reales para sus actividades de agua, saneamiento u otras. Por estas razones, no ha sido posible analizar los recortes propuestos en función a las recomendaciones surgidas por la evaluación.

Durante los primeros seis meses del Proyecto se debería haber realizado una reprogramación del presupuesto original para superar algunas deficiencias en el diseño del mismo Proyecto. Estas incluyen una mal-dimensionamiento de personal para el componente de

agua, la falta de una estrategia para la sustentabilidad institucional en el componente de salud, y la falta de un nexo programático entre las actividades de nutrición y el componente de producción agrícola. A pesar de no haber hecho la reprogramación a tiempo, CARE redimensionó la estructura de personal de ingeniería en función a las necesidades de cumplir con las metas de sistemas de agua. La evaluación verificó que esta re-estructuración era necesaria y que la solicitud para un aumento de fondos en el rubro de personal se justifica, aunque no se pudo constatar el monto que se requiere.

Además, se requiere una reprogramación para atender adecuadamente a los requerimientos de los otros componentes. En salud las recomendaciones principales son de aumentar y fortalecer la capacitación de los promotores y de facilitar el proceso de planificación distrital. En organización comunitaria las necesidades incluyen un apoyo a la construcción de sedes comunales y la capacitación en temas de liderazgo. En producción agrícola se requiere también un aumento en la capacitación de personas responsables y un apoyo en la producción y uso de cereales y legumbres en la dieta de los niños. El personal del Proyecto requieren capacitación en técnicas de organización comunitaria y educación popular.

#### 7.4.2 Disponibilidad de Fondos

Hasta fines de diciembre 1992, se ha gastado el 44.6% de los fondos de AID (CUADROS 7.2 y 7.3, ANEXO I). Los gastos para personal y operaciones (46.2%) y material y equipo (54.9%) son ligeramente mayores, el primero por la contratación de más personal en 1992 y el segundo porque este rubro siempre se liquida más rápido por las compras iniciales para los sistemas de agua. El mismo período corresponde al 43.8% de la vida del Proyecto. También vale señalar que hasta la fecha se ha gastado solamente el 11.9% de los fondos ESF/DIFEM, el 43.8% de los fondos de las Corporaciones, y nada de los fondos recaudados por inscripción de los socios de los sistemas de agua. En resumen, existen suficientes saldos de los presupuestos aprobados para facilitar la necesitada reprogramación.

Se ha comprobado que solo en la cuenta de materiales y equipo había una sobre-estimación de recursos en alrededor de \$750,000. La razón principal para este "error" es que se había metido el total del costo estimado de los sistemas de agua en esta rubro cuando en realidad se debía haber asignado la parte que corresponde a mano de obra al rubro de personal (ver Capítulo 4). El saldo actual en la cuenta de materiales y equipo es en toda probabilidad más que suficiente para cubrir las demandas actuales en este rubro y también cubrir el déficit en la cuenta de personal. De todas maneras, se requiere una reprogramación minuciosa en base a las recomendaciones de la evaluación y otros criterios para determinar las cantidades reales que se requerirán en cada cuenta.

### 7.4.3 Recomendaciones

- Que se autoriza la transferencia de un mínimo de \$650,000 de la cuenta de material y equipo a la cuenta de personal y operaciones para no perjudicar en el corto plazo la estabilidad de personal.
- Realizar una reprogramación del presupuesto en base a las necesidades de todos los componentes tomando en cuenta las recomendaciones de la evaluación.
- Que no se rebajan las cuentas de capacitación y asistencia técnica porque todos los componentes requieren un fortalecimiento en esta área. En particular, la parte de capacitación se beneficiará con más inversión en ayudas audio-visuales, y asistencia técnica y capacitación en técnicas de capacitación y metodología de educación popular.
- CARE debe considerar la implementación de un sistema de contabilidad de gastos por actividad, y también de desarrollar una capacidad para el análisis de costos de sistemas de agua.

### 7.5 Lecciones Aprendidas

- \* Cada proyecto debe realizar un análisis de necesidades y una reprogramación de actividades y del presupuesto durante el primer semestre de implementación para adecuar la propuesta (a veces hecha hace más de un año) con la realidad actual.
- \* Los proyectos de desarrollo integrales deben incluir metas y estrategias claras tanto de impacto como de sustentabilidad; también deben proponer mecanismos directos de integración entre los componentes para lograr los fines esperados.
- \* La integración efectiva de la mujer en los proyectos de desarrollo requiere roles compartidos con los hombres, particularmente en los organismos de decisión comunitaria, no siempre relegadas a organizaciones marginadas por género. Los hombres también deben participar en las actividades tradicionalmente asignadas a mujeres como salud y huertos familiares.
- \* Cuatro años es un tiempo muy corto para lograr cambios sociales profundos y duraderos, particularmente en proyectos de desarrollo integral.
- \* La implementación de un proyecto integral es más efectiva y eficiente cuando el área geográfica es consolidada y no dispersa, por ejemplo el modelo de Iscayachi, y no se fuerza la ejecución de todos los componentes en todas las comunidades.

<< A N E X O S >>

**GUIA DE TRABAJO  
EVALUACION DE MEDIO TIEMPO  
"PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO"- PN 20**

**INTRODUCCION:**

La evaluación será realizada, de acuerdo a la propuesta aprobada y financiada por USAID - Bolivia, a la mitad del período de implementación del proyecto.

Será llevada a cabo del 1 al 28 de febrero de 1993 en las tres regiones que abarca el proyecto:

- Area del Altiplano, en La Paz. - Area de Yungas, en La Paz y Area de Aiquile y Rio Chico en Cochabamba y Chuquisaca respectivamente.

El objetivo de esta evaluación es encontrar y proporcionar mecanismos que ayuden al proyecto, en su segunda fase de implementación, a la consecución de las metas, lo que deberá incluir:

- Análisis de logros, destacando los puntos claves de los mismos como rescate de las experiencias positivas.
- Análisis de las debilidades acompañadas de recomendaciones y sugerencias aplicables en forma inmediata y a corto plazo.

**METAS:**

Las metas principales de la presente evaluación son:

1. Analizar si la estructura global y por componente del proyecto es adecuada para la consecución de las metas, con sugerencias para reformular y/o complementar la misma.
2. Analizar si las estrategias y actividades del proyecto son las adecuadas para el logro de cada una de las metas propuestas, con recomendaciones para reformular y/o complementar las mismas.
3. Analizar el avance del proyecto en su globalidad y en cada uno de sus componentes: Atención Primaria de Salud, Saneamiento Básico y Agua, Huertos familiares = Nutrición y Organización Comunitaria.

Los análisis, recomendaciones y sugerencias generales estarán enmarcadas dentro de la integralidad del proyecto.

Las recomendaciones y sugerencias para cada componente estarán dadas como parte integrante del proyecto.

#### ACTIVIDADES:

La evaluación del proyecto abarcará las siguientes actividades:

1. Revisar la siguiente documentación relativa al proyecto:

Propuesta - Línea de Base - Evaluación y Programación semestrales de Marzo y Septiembre 1992 - Informe de Auto-Evaluación - Informe del RTA de CARE en salud - Informes semestrales de Abril y Octubre 1992 - Informe SVEN - Informe de coberturas del proyecto a diciembre 1992 - Listado de Personal: entradas y salidas del proyecto con fechas - Desglose del presupuesto por Componente y actividades Centrales desde su inicio hasta diciembre 1992.

2. Participar en la reunión de Planificación de la evaluación (2 y 3 de febrero, 92) para definir los roles entre el equipo de evaluadores, desarrollar los instrumentos de recogida de datos e información en relación a las metas de la evaluación. Elaborar plan de viajes a comunidades y la guía para la elaboración del informe final.
3. Realizar las visitas de campo según lo programado recogiendo la información pertinente, en conjunto con el personal del proyecto asignado para este fin y el personal de Contrapartes.
4. Entrevistar a personal de contrapartes: Cooperaciones y Unidades Sanitarias, además del personal de ONGs existentes en las diferentes áreas.
5. Analizar la información recogida en relación a las metas establecidas para esta evaluación. Poniendo especial énfasis en la Organización Comunal y Nutrición con recomendaciones y sugerencias específicas para éstos dos rubros.

#### EQUIPO EVALUADOR:

Para la presente evaluación el equipo estará compuesto por:

Experto en Atención Primaria de Salud (Coordinador)  
Experto en Saneamiento Básico

Experto en Educación y Desarrollo Rural  
Experto en Producción Agrícola para la Nutrición

Este equipo contará con el apoyo del personal del proyecto y de la Administración. Asimismo contará con el apoyo logístico necesario para el desarrollo de las actividades.

#### INFORME FINAL:

Para facilitar el manejo de este documento en los diferentes niveles del proyecto sugerimos lo siguiente:

Para la primera y segunda meta: análisis de estructuras, estrategias y actividades del proyecto en relación a las metas, que el informe no sobrepase el número de 4 hojas por meta.

Para la tercera meta que cada evaluador no sobrepase el número de 6 hojas por componente, incluidas las recomendaciones y sugerencias.

El resto de la información que los evaluadores consideren necesaria puede ir en forma adicional en anexos.

#### NIVELES DE EVALUACION Y METODOLOGIA:

La definición de los niveles de evaluación, inter e intra institucionales, como la metodología se efectuarán en la reunión de Planificación.

La Paz, Diciembre 1992.

PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO - PN 20

ANEXO B

CARE Internacional en Bolivia  
 Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20  
 Evaluación Externa de Medio Tiempo

Ver. 3.0  
 02/93  
 JNBecht

FORMULARIO S-1: CONSOLIDACION DE DATOS DE LOS CARNET DE SALUD INFANTIL (CSI)

Zona de Trabajo: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Tabulador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 1993

NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD FECHA DE NACIMIENTO: entre 2/91 y 1/92

Total población de niños de 12 a 23 meses de edad = \_\_\_\_\_

A. RECOPIACION DE DATOS: VACUNACION

TIPO DE VACUNA	RECIBIDO ENTRE 0 Y 11 MESES	RECIBIDO ENTRE 12 Y 23 MESES	TODAVIA NO LO HA RECIBIDO	TOTAL NIÑOS
BCG				
POLIO-3				
DPT-3				
SARAMPION (9 ≤ meses)				
ESQUEMA COMPLETO				

B. ANALISIS DE DATOS: VACUNACION

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

Número de niños de 12 a 23 meses registrados  
----- x 100 = \_\_\_\_\_ %  
Total población de niños de 12 a 23 meses

TASA DE CUMPLIMIENTO SEGUN LA NORMA:

Número de niños vacunados antes de cumplir un año  
----- x 100  
Número de niños de 12 a 23 meses registrados

BCG: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %      Polio-3: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %  
DPT-3: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %      Sarampión: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %  
Esquema Completo: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %

TASA DE PROTECCION ACTUAL:

Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses  
----- x 100  
Número de niños de 12 a 23 meses registrados

BCG: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %      Polio-3: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %  
DPT-3: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %      Sarampión: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %  
Esquema Completo: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %

COBERTURA GENERAL DE VACUNACION:

Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses  
----- x 100  
Total población de niños de 12 a 23 meses

BCG: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %      Polio-3: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %  
DPT-3: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %      Sarampión: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %  
Esquema Completo: ----- x 100 = \_\_\_\_\_ %

C. RECOPIACION DE DATOS: VIGILANCIA Y PROMOCION DEL CRECIMIENTO

PATRONES DE CRECIMIENTO DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES (SEGUN CSI)

ESTADO NUTRICIONAL AL COMIENZO	GANANCIA ADECUADA DE PESO	SIN GANANCIA DE PESO	CON PERDIDA DE PESO	TOTAL NIÑOS c/ 24 PESOS	NIÑOS c/ UN CONTROL
NORMAL					
DESNUTRIDO (menos del 80% peso mediano)					
TOTAL NIÑOS					
PORCENTAJE				100.0%	- -

PATRONES DE CONTROL DE PESO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES

NUMERO DE CONTROLES	PRIMER CONTROL 0 - 5 MESES	PRIMER CONTROL 6 - 23 MESES	TOTAL NIÑOS	POR-CENTAJE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
TOTAL				100.0%
PORCENTAJE			100.0%	

D. ANALISIS DE DATOS. PATRONES DE CRECIMIENTO

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} \times 100 = \text{_____} \%$$

PROMEDIO DE CONTROLES POR NIÑO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES:

$$\frac{(N_1 \cdot 1) + (N_2 \cdot 2) + (N_3 \cdot 3) + (N_4 \cdot 4) + \dots + (N_{12} \cdot 12)}{\text{Número total de niños controlados}} = \text{_____}$$

Porcentaje de niños controlados con 6 ó más controles = \_\_\_\_\_ %

E. CONTROL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS (SEGUN CUADERNO DE MUJERES)

PORCENTAJE DE MUJERES REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de mujeres de 15 a 49 años registradas}}{\text{Total población de mujeres de 15 a 49 años}} = \text{_____} \%$$

VACUNACION CON IT 6 DT:

Número de mujeres con 0 dosis \_\_\_\_\_; porcentaje de registradas \_\_\_\_\_ %

Número de mujeres con 2 ≤ dosis \_\_\_\_\_; porcentaje de registradas \_\_\_\_\_ %

Número de mujeres con 3 ≤ dosis \_\_\_\_\_; porcentaje de registradas \_\_\_\_\_ %

CONTROL PRE-NATAL (CPN) Y DE PARTOS:

Número de partos registrados en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_

Número de parturientas con 1 ≤ CPN \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %

Número de recién nacidos registrados en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_

Número de embarazadas detectadas en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_

Número detectado antes de los seis meses \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %

Número de embarazadas con 1 ≤ CPN \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %

Número de embarazadas tomando FeSO<sub>4</sub> \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %

FORMULARIO S-2: GUIA DE ENTREVISTA/OBSERVACION AL PROMOTOR DE SALUD

Zona: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/1993 Promotor: \_\_\_\_\_

01. Número de meses trabajando \_\_\_\_\_ 02. Sexo: M F

03. Capacitación recibida: \_\_\_\_\_ Número de Capacitaciones \_\_\_\_\_  
\_\_ PAI \_\_ EDA/TRO \_\_ VPC \_\_ Nutrición \_\_ Higiene \_\_ Prim. Aux.  
\_\_ CPN \_\_ Cólera \_\_ IRA \_\_ Lactancia \_\_ Bocio \_\_\_\_\_

04. Apoyo de otras instituciones: \_\_\_\_\_

05. Sistema de Información:  
Censo de Hogares: B R N/H \_\_\_\_\_  
Registro de Niños: B R N/H \_\_\_\_\_  
Registro de Mujeres: B R N/H \_\_\_\_\_  
Cuadros en Pared: PAI VPC CPN RN MAPA CAP \_\_\_\_\_

06. Equipo y Suministros:  
\_\_ ORS \_\_ balanza \_\_ Ringer's \_\_ FeSO<sub>4</sub>  
\_\_ aspirinas \_\_ carnets \_\_ tetraciclina  
\_\_ antibioticos \_\_ lanas \_\_ sal yodada

07. Materiales Educativos:  
\_\_ PAI \_\_ EDA/TRO \_\_ VPC \_\_ Nutrición \_\_ Higiene \_\_ Prim. Aux.  
\_\_ CPN \_\_ Cólera \_\_ IRA \_\_ Lactancia \_\_ Bocio \_\_ Org. Des.

08. Visitas domiciliarias: No Si \_\_\_\_\_

09. Conocimientos y Prácticas:

Deficiencias

PAI	A	P	I	_____
TRO	A	P	I	_____
VPC	A	P	I	_____
Nutrición	A	P	I	_____
Lactancia	A	P	I	_____
Higiene	A	P	I	_____
Cólera	A	P	I	_____
CPN	A	P	I	_____
IRA	A	P	I	_____
Bocio	A	P	I	_____

10. Desnutrición:

Causas: \_\_\_\_\_

Soluciones: \_\_\_\_\_

11. Supervisión:

CARE      ComDes      Madres      Sindicato      US

\_\_ Semanal    \_\_ Bi-semanal    \_\_ Mensual    \_\_ Bi-mensual    \_\_ Trimestral

12. Actividades más Problemáticas:

13. Compensación/Incentivo que Recibe:

\_\_ efectivo      \_\_ taréas comunales      \_\_ obligación  
 \_\_ en especie      \_\_ capacitación  
 \_\_ pasajes      \_\_ servir

14. Farmacia Comunal:

Medicamentos (mes/año)    \_\_\_/\_\_\_      Guía:    Si    No

Pago Promotor (mes/año)    \_\_\_/\_\_\_      Capacitación:    Si    No

101

FORMULARIO S-3: GUIA DE ENTREVISTA/OBSERVACION EN SERVICIOS DE SALUD

Zona: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/1993

\_\_\_ Puesto Salud \_\_\_ Puesto Médico \_\_\_ Hospital Area \_\_\_ Hospital Distrito

Nombre: \_\_\_\_\_ Med Enf Aux Adm Meses Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Med Enf Aux Adm Meses Servicio: \_\_\_\_\_

01. Equipo y Suministros:

PAI: \_\_\_ refrigerador \_\_\_ funciona \_\_\_ gas \_\_\_ termómetro  
\_\_\_ hoja \_\_\_ termos \_\_\_ paquetes \_\_\_ congelados  
\_\_\_ BCG \_\_\_ DPT \_\_\_ polio \_\_\_ sarampión  
\_\_\_ TT/DT \_\_\_ jeringas \_\_\_ formularios

TRO: \_\_\_ ORS \_\_\_ Ringer \_\_\_ tetraciclina \_\_\_ catres

VPC: \_\_\_ CSI \_\_\_ balanza \_\_\_ lanas \_\_\_ SVEN

CPN: \_\_\_ CM \_\_\_ balanza pié \_\_\_ cinta métrica  
\_\_\_ tensiómetro \_\_\_ fonendoscopio \_\_\_ mesa

IRA: \_\_\_ aspirina \_\_\_ antibióticos \_\_\_ estetoscopio  
\_\_\_ otoscopio \_\_\_ humidificador

02. Sistema de Información:

Forms: \_\_\_ SNIS \_\_\_ SVEN \_\_\_ UNITAS \_\_\_ EDA/IRA

Cuadros: \_\_\_ PAI \_\_\_ EDA \_\_\_ IRA \_\_\_ SVEN \_\_\_ Mapas

CAI: \_\_\_ Sector \_\_\_ Area \_\_\_ Distrito

de CARE: \_\_\_ IUM \_\_\_ SVEN \_\_\_\_\_

Discriminación: Si No Retroalimentación: Si No

03. Transporte y Comunicación:

\_\_\_ pié \_\_\_ animal \_\_\_ bicicleta \_\_\_ motocicleta  
\_\_\_ ambulancia \_\_\_ jeep \_\_\_ radio \_\_\_ teléfono

04. Capacitación Recibida en 1.992:

PAI     EDA/TRO     cólera     IRA  
 VPC     nutrición     ARO/CPN     SR/PF  
 Bocio     OrgCom     EducPop     SNIS

05. Materiales Educativos:

PAI     EDA/TRO     cólera     IRA     Bocio  
 VPC     nutrición     ARO/CPN    \_\_\_\_\_

06. Programción Mensual:    Si    No

Número de comunidades    \_\_\_\_\_    Número de días    \_\_\_\_\_

07. Participación con el PN-20:    Conoce Convenio:    Si    No

supervisión al RPS     programación  
 capacitación     insumos (biológicos, ORS)  
 PAI     VPC     CAI

08. Actividades/Responsabilidades más Problemáticos:

09. Percepción del Rol más Apropiado para CARE:

extensión     apoyo material  
 capacitación     supervisión  
 investigación     organización

10. Grado de Coordinación:    MB    B    R    M

11. Sugerencias:

FORMULARIO AS-1: AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO RURAL  
 [Entrevista para la persona encargada del sistema y/o de las actividades de Agua Potable y Saneamiento en las comunidades.]

Persona Entrevistada \_\_\_\_\_ Consultor \_\_\_\_\_  
 Comunidad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Zona \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

DATOS DEL SISTEMA DE AGUA POTABLE		
A gravedad	Con bombeo	# conexiones
Con tratamiento	Con cloración	% Avance
Pob. actual	Pob. servida	Pob. futura
Costo total	Aporte comunitario, %	
TIEMPO DE EJECUCION DEL ACUEDUCTO, EN SEMANAS		
1. Solicitud, inspección y promoción inicial		
2. Topografía, cálculos, diseño, planos y presupuesto		
3. Tiempo de implementación directa		
4. Tiempo neto de construcción del acueducto		
5. Suspensión por falta de materiales de construcción		
6. Suspensión por falta de dir. técnica, Ing.o Promotor		
7. Suspensión por falta de mano de obra en el sitio		
8. Suspensión por falta de participación comunitaria		
9. Suspensión por problemas de acceso por invierno		
10. Total de períodos de suspensión = 5+6+7+8+9		
11. Duración total de la obra = 4+10		
Existe Comité de Agua potable ? _____ Número de miembros _____ Desde hace _____ meses Se cobran tarifas ? _____		
OBSERVACIONES SOBRE LA CALIDAD DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA		
Obras de captación _____		
Cajas rompedoras _____		
Tubería de aducción y acoples _____		
Pasos de quebrada _____		
Planta de tratamiento _____		
Tanque/s de reserva _____		
Tuberías de la red y acoplamientos _____		
Conexiones domiciliarias _____		
Piletas y lavaderos domiciliarios _____		
Presión en la red _____		
NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA	CARGO QUE DESEMPEÑA	



PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO PN 20  
 CARE - BOLIVIA  
 COMPONENTE AGRICOLA  
 EVALUACION EXTERNA DE MEDIO TIEMPO

FORMULARIO AG-1: GUIA PARA OBSERVACION DE LOS HUERTOS

**I IDENTIFICACION**

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. REGION _____    | 4. ENTREVISTA No. _____  |
| 2. PROVINCIA _____ | 5. INFORMANTE _____  |
| 3. COMUNIDAD _____ | 6. No. MIEMBROS HOGAR _____<br>NIÑOS > 2 AÑOS _____ > 5 AÑOS _____ |

**II PRODUCCION**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 7. SUPERFICIE HUERTO _____    | 8. TIPO DEL SUELO _____                  |
| 9. HUERTO EN PRODUCCION _____ | 10. No. DE CULTIVOS NUEVOS _____         |
| 11. ABONOS QUE UTILIZA _____  | 12. REMEDIOS P/PLAGAS ENFERMEDADES _____ |

13. LISTA DE CULTIVOS:

ESPECIES	SUPERFICIE SEMBRADA	TOTAL COSECHA	OBSERVACIONES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

14. PROTECCION DEL HUERTO \_\_\_\_\_
15. DISPONIBILIDAD DE RIEGO \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_
16. LABORES CULTURALES: DESHIERVE \_\_\_\_\_ APORQUES \_\_\_\_\_  
 DISTANCIA SIEMBRA \_\_\_\_\_
17. OBTENCION DE SEMILLAS: AHORA \_\_\_\_\_ DESPUES PROYECTO \_\_\_\_\_

**III DATOS DE LA MADRE**

NOMBRE \_\_\_\_\_

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 18. EDAD DE LA MADRE _____         | 19. RAZA _____                 |
| 20. ESCOLARIDAD _____              | 21. TIEMPO PARTICIPACION _____ |
| 22. PORQUE PARTICIPA _____         |                                |
| 23. CAPACITACIONES RECIBIDAS _____ |                                |

106

**IV. UTILIZACION**

**24. DESTINO DE LAS COSECHAS**

CULTIVOS	CONSUMO	VENTA	SEMILLA	OTROS	OBSERVACIONES
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**25. CONSUMO (VECES) Y PREPARACIONES DE HORTALIZAS LA ULTIMA SEMANA**

HORTALIZAS	A	B	C	D	E	F	G

PREPARACIONES :

- A. ENSALADAS
- B. SOPAS COLADAS
- C. JUGOS
- D. BISTEC
- E. PASTELES
- F. OTROS
- G. NO RESPONDE

26. RESPONSABLE PRINCIPAL DEL HUERTO \_\_\_\_\_  
Y CUANTO TIEMPO DEDICA A LA SEMANA \_\_\_\_\_

27. DE LA HORTALIZA QUE CULTIVA CUALES PREFIERE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CONOCE EL VALOR NUTRITIVO \_\_\_\_\_

28. SI NO TUVIERA PRODUCTOS DEL HUERTO CUANTO GASTARIA POR SEMANA COMPRANDO LAS HORTALIZAS Bs. \_\_\_\_\_ O NO COMPRARIA \_\_\_\_\_

**VI. SEGUIMIENTO**

29. QUIEN LE HA VISITADO EN LOS ULTIMOS TRES MESES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CUANTAS VECES (FRECUENCIA) \_\_\_\_\_

30. QUE CONSEJOS LE HAN DADO \_\_\_\_\_

INFORMACION ADICIONAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVADOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO PN-20 BOLIVIA  
COMPONENTE AGRICOLA

CARTA CONFIDENCIAL

FORMULARIO AG-2

De nuestras Consideraciones:

Dentro de la Evaluación Externa de medio tiempo del Componente Agrícola, está previsto contar con información confidencial proporcionada por personal seleccionado, usted es una de esas personas, por lo cual encarecemos contestar las siguientes preguntas en forma concreta y franca. Su información será de gran utilidad especialmente para los beneficiarios del programa.

1. Desde cuándo participa en el componente agrícola?

.....

2. Indique aproximadamente el porcentaje de tiempo que Ud. dedicó al componente agrícola en el último mes.

.....

3.Cuál es el propósito para la implementación de los huertos?

.....

4. Cuáles son los aspectos positivos de este componente?

.....

.....

5. Cuáles son los aspectos negativos de este componente?

.....

.....

6. Cuáles considera las estrategias más adecuadas?

.....

.....

7. Qué sugerencias haría Ud. para mantener o mejorar los huertos?

.....

.....

8. Comentarios adicionales.....

.....

109

## ANEXO C

### 1 CRONOLOGIA DE LA EVALUACION

31 Enero	Reunión preliminar: Director y Sub-Director de CARE, Gerente del Proyecto, y el equipo evaluador.
1-2 Feb	Reunión de Planificación de la Evaluación
3 Febrero	Preparación de instrumentos, materiales, logística
4-20 Feb	Visitas de campo (véa itinerario adjunto)
	4-8 Zona 2: Chuquisaca/Cochabamba
	9-13 Zona 1: Altiplano/Larecaja Valle
	14-20 Zona 3: Yungas/Larecaja Tropical
21-25 Feb	Análisis y preparación informe
26 Febrero	Reuniones de retroalimentación: CARE y USAID
27-28 Feb	Finalizar informe y anexos
1 Marzo	Entrega del informe

ANEXO C- 2

CRONOLOGIA DE ACTIVIDADES DE RECOLECCION DE DATOS REALIZADAS EN LAS COMUNIDADES DEL PROYECTO  
Evaluación de Medio Tiempo, PN-20; 4 al 20 de Febrero de 1.993

COMUNIDAD	Componentes en Ejecución	SERVICIOS DE SALUD J. Becht	AGUA Y LETRINAS F. Yanez	HUERTOS FAMILIARES M. Cevallos	ORGANIZACION COMUNITARIA R. Rivera
<b>ZONA 2: CHUQUIBAMBA</b>					
El Frente	L, AP, OC, SS	07/02	07/02		07/02
Marapampa	L, AP, OC, SS	07/02	07/02		07/02
Mataral	L, OC, SS, HF		07/02		07/02
La Paica	L, AP, OC, SS, HF	05/02	05/02		05/02
Novillero	L, OC, SS, HF	05/02		05/02	05/02
Santa Ana	L, AP, OC, SS		05/02		
San Pedro	L, AP, OC, SS, HF	05/02	05/02		05/02
Mesa Rancho	L, OC, SS, HF		05/02	05/02	
Maiza	L, OC, SS, HF			06/02	06/02
Estanzuelas	L, OC, SS, HF	06/02		06/02	
Esmeralda	L, OC, SS, HF	06/02	06/02	06/02	
Jaboncillos	L, OC, SS, HF		06/02	06/02	
Mataral	L, OC, SS, HF			06/02	06/02
Juzgado	L, OC, SS, HF		06/02		
La Vila	L, AP, OC, SS, HF	06/02	06/02	06/02	06/02
La Aguada	L, AP, OC, SS		06/02		
K'acha K'acha	L, OC, SS, HF	07/02		07/02	
Chaupi Molino	L, OC, SS, HF			07/02	
Bella Vista	L, AP, OC, SS	07/02	07/02		07/02
Imilla Huausca	OC, SS, HF	07/02			
<b>SUB-TOTAL ZONA 2 = 20 (44.4%)</b>		<b>11</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

COMUNIDAD	Componentes en Ejecución	SERVICIOS DE SALUD Benef	AGUA Y SETRINAS A. Yoner	ESFERTOS PRIMARIOS E. Cevallos	ORGANIZACIÓN COMUNITARIA R. Rivera
<b>ZONA 1: ALTIPLANO - MARECO LA VALLE</b>					
Saphia	L, AP, OC, SS, HF		10/02	10/02	
Llijilliji	L, OC, SS		10/02		
Cariquina Chica	L, AP, OC, SS	10/02	10/02		11/02
Taipi Aica	L, OC, SS	10/02			
Pacaures	OC, SS	10/02			
Cariquina Grande	L, AP, OC, SS		10/02		11/02
Sotalaya	OC, SS				10/02
Quirihuati	OC, SS				10/02
Yaricoa Alto	L, AP, OC, SS				11/02
Tilacoca	L, AP, OC, SS		10/02		
Kokani	L, AP, OC, SS	09/02	11/02		10/02
Murumamani	L, OC, SS				10/02
Kalahuancane	OC, SS, HF	09/02		09/02	
Umapusa	OC, SS, SA			10/02	10/02
Avichaca	L, OC, SS		09/02		
Villa Nueva Esperanza	L, OC, SS	11/02	11/02		
Tarapi	L, AP, OC, SS, HF			11/02	
Chinchaya	L, AP, OC, SS, HF	13/02	12/02	11/02	12/02
Millipaya	L, AP, OC, SS, HF	12/02	11/02	12/02	
Huayruruni	L, AP, OC, SS, HF		11/02	12/02	
Marcamarcani	L, AP, OC, SS, HF	12/02	11/02		12/02
Cochipata	OC, SS, HF	12/02		12/02	
Chanahuaya	L, OC, SS, HF		12/02		
Pucarani	L, AP, OC, SS, HF		12/02	11/02	12/02
Viacha	L, OC, SS, HF		12/02	11/02	
Sojoni	OC, SS	11/02			
<b>SUB-TOTAL ZONA 1 = 26 (40.6%)</b>		<b>11</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

BEST AVAILABLE

COMUNIDAD	Componentes en Ejecución	SERVICIOS DE SALUD J. Becht	AGUA Y LETRINAS F. Yanez	BUERTOS FAMILIARES M. Cevallos	ORGANIZACION COMUNITARIA R. Rivera
<b>ZONA 3: YUNGAS - LARECAJA TROPICAL</b>					
Polopata	L, AP, OC, SS		16/02		16/02
La Aguada	OC, SS, HF	17/02	16/02	16/02	16/02
Wito Ponte	OC, SS, HF	16/02			16/02
Challana	L, AP, OC, SS		16/02		
Santa Rosa	L, AP, OC, SS, HF	16/02	16/02	16/02	
Salcala	OC, SS	17/02			
Yajllhui	L, AP, OC, SS, HF	17/02	15/02	15/02	17/02
Trapiche Ponte	L, AP, OC, SS		17/02		17/02
Kelequelera	L, AP, OC, SS	17/02	17/02		17/02
Santa Fe	OC, SS, HF			15/02	
Anaco	L, AP, OC, SS, HF	18/02	19/02	17/02	18/02
Puente Villa - Tarila	L, AP, OC, SS		19/02		
Yanacachi	OC, SS	20/02			
Chaguara	OC, SS, HF			18/02	
Auquisamana - Tabacal	OC, SS		19/02		
Pararani	OC, SS	18/02	19/02		18/02
Machacamarka	OC, SS, HF	19/02		18/02	19/02
Lejna	L, AP, OC, SS	19/02	18/02	18/02	
Chirca	L, OC, SS, HF			17/02	
Chicaloma	L, AP, OC, SS, HF	19/02	18/02		19/02
Parroscato	OC, SS				19/02
<b>SUB-TOTAL ZONA 3 = 21 (38.2%)</b>		<b>12</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<b>TOTAL COMUNIDADES = 67 (40.9%)</b>		<b>34</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>32</b>
<b>PORCIENTO COBERTURA</b>		<b>20.7%</b>	<b>25.0%</b>	<b>17.7%</b>	<b>19.5%</b>

### 3 PERSONAS ENTREVISTADAS: SALUD

#### CARE Internacional en Bolivia

Tom Friedeberg, Director Nacional  
Steve Hollingworth, Sub-Director de Proyectos  
Mary Vandembroucke, Asistente Técnico Nacional, Salud  
Scott Tobias, Asistente Técnico Nacional, Saneamiento  
Gerardo Romero, Gerente PN-20  
Eddy Ochoa, Controlor

#### PN-20: Zona 1 - Altiplano/Larecaja Valle

Martha Meave, Sub-Gerente  
Lourdes Gonzalez, A.T. Salud  
Ma. Eugenia Santivañes, A.T. Comunidades Piloto  
Benigna Condori, Supervisora de Campo  
Patrocinia Macedo, Supervisora de Campo  
Maria Zubieta, Supervisora de Campo  
Evaristo Arenas, Supervisor de Campo  
Julieta Paco, Supervisora de Campo  
Ricardo Nina, Supervisor de Campo  
Martha Canaviri, Supervisora de Campo

#### PN-20: Zona 2 - Chuquibamba

Johnny Reyes, Sub-Gerente  
Roberto Amusquivar, A.T. Salud  
Betty Loayza, Supervisora de Campo  
Miriam Alcocer, Supervisora de Campo  
Elizabeth Oroz, Supervisora de Campo  
Rosario Villarparando, Supervisora de Campo  
Carlos Auza, Supervisor de Campo

#### PN-20: Zona 3 - Yungas/Larecaja Tropical

Victor Rico, Sub-Gerente  
Gonzalo Ramirez, A.T. Salud  
Ligia de la Borda, A.T. Social  
Ludmila Beltran, Supervisora de Campo  
Johnny Paco, Supervisor de Campo  
Gladys Rodriguez, Supervisora de Campo  
Oscar Cáceres, Supervisor de Campo  
Jesus Chambi, Supervisor de Campo  
Angel Cossio, Supervisor de Campo

#### Promotores de Comunidades de Altiplano-Larecaja Sub-Andian

Juan Quispe, Kalahuancane  
Felica Quispe, Kalahuancane  
Seferino Flores, Pacaures

Alicia Mamani, Kokani  
Magin Chavez, V. N. Esperanza  
Margarita Choque, " Esperanza

Rosendo Cutipa, Pacaures  
Hugo Aquise, Pacaures  
Valariano Paco, Taipi Aica  
Hilarión Espinal, Taipi Aica

Francisco Choque, Millipaya  
Alejandra Caso, Marcamarcani  
Maria Puña, Kochipata  
Eustaquio Calle, Chinchaya

Promotores de Comunidades de Chuquibamba

Cirilo Daza, K'acha K'acha  
Florentino Flores, K'acha K'acha  
Severina Alegre, K'acha K'acha  
Angel Chispa, Bella Vista  
Elizabeth Rios, El Puente  
Antonio Escobar, Marapampa  
Valentina Molina, Marapampa  
Mario Rojas, San Pedro

Remigio Tapia, La Palca  
Adela Paniagua, La Palca  
Casiano Soria, Novillero  
Elena Cardozo, Novillero  
Juan Castro, Estanzuelas  
Constancio Suarez, La Viña  
Alejandrina Soto, Esmeralda

Promotores de Comunidades de Yungas-Larecaja Tropical

Hilda Flores, Tajlihui  
Leonor Chuquimia, Tajlihui  
Clavelina Matos, Kelequelera  
Hilarión Salazar, Kelequelera  
Benita Mejía, Sacala  
Celso Cortéz, Santa Rosa  
Mercedes Rodriguez, La Aguada  
Mario Queti, La Aguada

Silvia Vilca, Wito Ponte  
Delfina Valer, Wito Ponte  
Weldy Loayza, Wito Ponte  
Lucia Nela Quispe, Anaco  
Crisólogo Ticón, Machacamarcá  
Pablo Guachalla, Chicaloma  
Benita Nina, Lejna

Unidad Sanitaria de La Paz

Dr. Guido Monasterios, Director Regional  
Dra. Graciela Minaya R, Jefe de Planificación Regional  
Lic. Susana Bejarana, Nutricionista Regional  
Dr. Johnny Perez, Médico de Area, Achacachi  
Antonio Jimenez, Administrador, Hospital de Achacachi  
Dr. Vidal Quiñones, Director, Hospital de Escoma  
Isidoro Condori Paco, Auxiliar Enfermería, P.S. Tajani  
Dr. Ariel Sanchez, Médico de Area, Sorata  
Lic. Erica Quisbert, Enfermera Distrital, Sorata  
Irmo Esprella, Administrador Distrital, Sorata  
Salomea Apaza, Auxiliar Enfermería, P.S. Millipaya  
Dr. Gonzalo Maldonado, Director de Distrito Yungas-Larecaja Trop.  
Dr. René Barrientos, Médico de Area, Guanay  
Hna. Felicidad Paniagua, Enfermera, P.S. Yanacachi

Unidad Sanitaria de Chuquisaca

Dr. Walter Gallo, Director de Planificación Regional  
Dr. Ciro Arcienega, Coordinador Regional de Cólera  
Dr. Eduardo Chavez, Director de Distrito Chuqui Chuqui  
Jesusa Pérez, Auxiliar Enfermería, P.S. Imilla Huañuska

Unidad Sanitaria de Cochabamba

Frida Arnez, Auxiliar Enfermería, P.S. Quiroga  
Doroteo Rios, Auxiliar Enfermería, P.S. Villa Granada

USAID en Bolivia

Sigrid Anderson, Directora HHR  
Rafael Indaburo, HHR, Gerente del Proyecto  
Charles Llewellyn, HHR, Oficial de Programas  
Isabel Stout, HHR, Coordinator for PROCOSI  
Clem Bucher, RCO  
Lon Barash, PD&I  
Wilson Zurita, PD&I  
Mat Cheney, PD&I

Otras Organizaciones e Individuos

Carolina Hilari, Directora Carabuco/Ancoraimés, CSRA  
Simón Saavedra, Técnico de Salud Rural, Area de Ancoraimés

#### 4 PERSONAS ENTREVISTADAS: AGUA Y SANEAMIENTO

Sr. Steve Hollingworth, Sub-director, CARE-Bolivia  
Sr. Gerardo Romero, Gerente del Proyecto PN-20  
Ing. Johnny Reyes, Sub-gerente del Proyecto PN-20, en Chuquisamba  
Ing. Victor Ricco, Sub-gerente del Proyecto PN-20, en Los Yungas  
Ing. Scott Tobías, Encargado de Ingeniería, CARE, La Paz  
Ing. Evel Alvarez, Gerente de Saneamiento Basico, CORDEPAZ  
Ing. Luis Talbot M., Jefe de Saneamiento Básico, U.S.L.P.  
Ing. Sergio Valdivia, Director de Recursos Hidricos, CORDEPAZ  
Ing. Adalid Ramirez, Asistente Técnico Agua en Chuquisaca  
Ing. Orlando Lopez, Asistente Técnico Agua en Cochamabba  
Ing. Ivan Albis, Asistente Técnico Agua en Chuquisaca-Cochabamba, responsable por el diseño de los sistemas de agua potable  
Ing. Juan José Jimenez, Coordinador CORDECH-CARE, para Chuquisaca  
Ing. Leonel Taboada, Coordinador CORDEPAZ-CARE, para el Altiplano y La Recaja  
Ing. Ricardo Quisbert, Coordinador CORDEPAZ-CARE, para Los Yungas  
Ing. Julio Sanjine, Asistente Técnico Agua en Los Yungas  
Ing. Edmundo Flores, Asistente Técnico Agua en Los Yungas  
Sr. Angel Chispas, Presidente del Comité de Agua Potable  
Sr. Gustavo Perez, Supervisor de CORDECH, en Bella Vista  
Sr. Julián Barrón, Presidente, Comité de Agua Potable, Marapampa  
Sr. Celso Saavedra, Secretario de Actas del Comité de Agua Potable de Marapampa  
Sr. Agustín Ríos, Albañil en El Puente  
Sr. Rene García, Promotor de Salud en Mataral  
Sr. Angel Paniagua, Presidente, Comité de Agua Potable, La Palca  
Sr. Juan Cáceres, Albañil en San Pedro  
Sr. Roberto Vallejos, Operador del sistema de agua de Mataral  
Sr. Edmigio Ponce, Presidente, Comité de Agua Potable, Esmeralda  
Sr. Santiago Lucui, Albañil en Esmeralda  
Sr. Franz Miraval, Presidente del Comité de Agua Potable, La Viña  
Sr. Basilio Suarez C., Presidente, Comité de Desarrollo, La Viña  
Sr. Lucio Maturano, Operador, sistema de agua potable de La Viña  
Sr. Abel Vidal, Albañil en La Viña  
Sr. Evaristo Arenas, Supervisor de Campo de CARE en Avichaca  
Sr. Eulogio Roque, Presidente, Comité de Agua Potable de Avichaca  
Sr. Jorge Mamani, Albañil en Avichaca  
Sr. Pacífico Padilla, Albañil en Tilacoca  
Sr. Anselmo Plaza, Operador, sistema de agua potable de Avichaca  
Sr. Antonio Turpo, Albañil en Caraquina Grande  
Sr. Damaso Lopez, Albañil en Cariquina Chico  
Sr. Mariano Flores, Presidente, Comité de Agua Potable de Saphia  
Sr. Benedicto Garcilazo, Operador, sistema agua potable, Saphia  
Sr. Segundino Mamani, Supervisor de Campo de CARE en Saphia  
Sr. Andres Tapiua, Albañil en Millipaya  
Srta. Martha Sanabiri, Supervisora de CARE en Marcamarcani  
Sr. Zenobio Nacho, Operador, sistema de agua potable, Huayruruni  
Sr. Gregorio Rodriguez, Albañil en Huayruruni  
Sr. Ramón Pay, Albañil en Pucarani  
Sr. Fabián Huanca, Albañil en Pucarani

Sr. Ramón Molina, Presidente, Comité de Agua Potable, Chinchaya  
Sr. Andrés Cabrera, Secretario de Actas del Comité de Agua Potable de Chinchaya  
Sr. Mario Huayla, Operador, sistema de agua potable de Chinchaya  
Sr. Avelino Quishpe, Promotor agropecuario  
Sr. Larry Howe, Voluntario del Cuerpo de Paz, asignado a CARE en Polopata  
Sr. Edgar Blanco, Presidente, Comité de Agua Potable, Polopata  
Sr. Javier Gutierrez, Tesorero, Comité de Agua Potable, Polopata  
Sr. Javier Maroma, Secretario de Actas del Comité de Agua Potable de Polopata  
Sr. Hector Ramos, Albañil de CORDEPAZ en Polopata  
Sr. Palmó Céspedes, Operador, sistema de agua potable, La Aguada  
Sr. Simón Chambe, Albañil en Kelequelera  
Sr. Teodoro Chono Salazar, Presidente del Comité de Agua Potable de Kelequelera  
Sr. Fausto Cabrera, Presidente, Comité de Agua Potable, Chicaloma  
Sr. Anacleto Vila, Albañil de CORDEPAZ en Chicaloma  
Sr. Rene Gira, Presidente del Comité de Agua Potable de Lejna  
Sr. Juan Fernandez, Director de la escuela de Lejna  
Sr. Máximo Choque Castro, Albañil en Lejna  
Sr. Alejandro Quisbert, Presidente del Comité de Agua Potable de Auquisamana  
Sr. Eugenio Chachaqui, Secretario General del Sindicato de Auquisamana  
Sr. Porfirio Ramirez, Albañil en Auquisamana  
Sr. Hilarión Mamani, Presidente, Comité de Agua Potable, Pararani  
Sr. Gerardo Mamani, Secretario General del Comité de Agua Potable de Pararani  
Sr. Francisco Huanga, Albañil de CORDEPAZ en Pararani  
Sr. Angel Cossío Torres, Supervisor de Campo de CARE en Pararani  
Sr. Alberto Pasten, Vocal del Comité de Agua Potable de Anaco

## 5 PERSONAS ENTREVISTADAS: AGROPECUARIA

Ing. Constantino Nina, A.T. en Chuquibamba  
Ing. Ruben Silva, A.T. en Altiplano  
Ing. Fernando Nava, A.T. en Larecaja Valles  
Ing. Mario Indaburo, A.T. en Yungas/Larecaja Tropical

Patrocinia Macedo, Supervisora, Altiplano  
Benigna Condori, Supervisora, Altiplano  
Segundino Mamani, Supervisor, Altiplano  
Evaristo Arenas, Supervisor, Altiplano  
Martha Canaviri, Supervisora, Larecaja Valles  
Gladys Rodriguez, Supervisora, Yungas/Larecaja Tropical  
Oscar Cáceres, Supervisor, Yungas/Larecaja Tropical  
Jesus Chambi, Supervisor, Yungas/Larecaja Tropical  
Miriam Alcocer, Supervisora, Cochabamba

ANEXO D

DOCUMENTOS REVISADOS

Baldizon, SR.

Informe de Asistencia Técnica (Bolivia). RTA/Salud-Nutrición. La Paz: 3-18 de Diciembre, 1992.

CARE International - Bolivia.

Taller de Autoevaluación: Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20. La Paz: 19-21 de Enero, 1993.

---

Proyecto de Desarrollo [sic] Comunitario PN-20 Regional Sucre: Breve Resumen del Proyecto. Sucre: Octubre, 1992.

---

Informe Narrativo Semestral: Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20, Abril 1992 - Septiembre 1992. La Paz: sin fecha.

---

Taller Semestral de Programación: Proyecto de Desarrollo Comunitario. La Paz: 22-24 de Septiembre, 1992.

---

Proyecto de Desarrollo Comunitario: Diagnóstico [sic] de Línea Base. La Paz: Mayo, 1992.

---

Informe Narrativo Semestral: Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20, Octubre 1991 - Marzo 1992. La Paz: 13 de Abril, 1992.

---

Mesa Redonda Componente: Huertos y Generación de Ingresos PN-20. La Paz: 7-8 de Abril de 1992.

---

Taller de Programación: Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20. La Paz: 10-12 de Marzo, 1992.

---

Semi Annual Report for the Community Development Project PN-20. La Paz: October 14, 1991.

---

Proyecto de Desarrollo Comunitario. La Paz: Abril, 1991.

---

Programa Operacional de Convenio: Proyecto de Desarrollo Comunitario. La Paz: 20 de Febrero, 1991.

---

Operational Program Grant: Volume I - Community Development Project; Volume II - Appendices. La Paz: February 20, 1991.

Daulaire, NMP.

Initial Consultancy Report: Development of Plans to Implement a Prospective Mortality and Program Implementation Tracking System for the CARE/Bolivia Community Development Project (PN-20). Hanover, New Hampshire: Dartmouth Medical School, August, 1991.

Ministerio de Asuntos Urbanos.

Plan Nacional de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario: 1992-2000. La Paz: Febrero, 1992.

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Cuidado! La Diarrea Produce Deshidratación. Manual de Capacitación para la Comunidad (3ra edición). La Paz: Dirección Nacional de Atención a las Personas, Abril, 1991.

---

Proyecto: "Bases de Organización y Desarrollo de los Distritos de Salud." La Paz: Abril, 1991.

---

Guía para el Manejo del Subsistema Nacional de Información en Salud. La Paz: Oficina Sectorial del Planificación y Proyectos, 1990.

---

Plan Nacional de Supervivencia - Desarrollo Infantil y Salud Materna. Manual de Normas y Procedimientos. La Paz: 1990.

---

Programa Ampliado de Inmunizaciones. Manual Técnico. La Paz: Dirección Nacional de Epidemiología, 1988.

United States AID Mission to Bolivia.

CARE Community Development Project, Grant No. 511-0618-G-00-1144-00. La Paz: March 28, 1991.

Informes y Documentos Internos de CARE - Bolivia

Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20: Resumen Histórico del Proyecto. G. Romero, 28 de Enero, 1993.

Lista de Personal PN-20. Diciembre, 1992.

Análisis de Datos de Monitoreo del PN-20 hasta Agosto de 1992. M. Vandembroucke, 19 de Octubre, 1992.

Sindicato Agrario: Funciones y Obligaciones de los Miembros del Sindicato. Documento de Trabajo. Octubre, 1992.

Comite de Desarrollo: Funciones y Obligaciones de la Directiva. Borrador. Octubre, 1992.

Autogestión y Desarrollo Comunitario. Documento de Trabajo. Octubre, 1992.

Estrategias para la Reducción de la Mortalidad Neonatal. M. Vandembroucke, 5 de Octubre, 1992.

Embarazos en Alto Riesgo. M. Vandembroucke, 2 de Octubre, 1992.

Resultados del SVEN y Recomendaciones Nutricionales. M. Vandembroucke, 2 de Octubre, 1992.

Analysis [sic] de Datos de Salud en PN-20, Primer Semestre (Enero-Junio) 1992. M. Vandembroucke, 4 de Agosto, 1992.

Plan de Capacitación Regional: Cochabamba-Chuquisaca. Proyecto de Desarrollo Comunitario. Sucre: Mayo, 1992.

Reajuste en las Metas de Salud. Carta a Cinthia [sic] Tejada, Coordinadora de Proyectos, USAID/B de Gerardo Romero, Gerente PN-20, 16 de Marzo, 1992.

Población por Grupos Etnicos. Sin fecha.

Organización Comunal. Borrador. Sin fecha.

Guía para Organizaciones Comunales de Base. Sucre: Sin fecha.

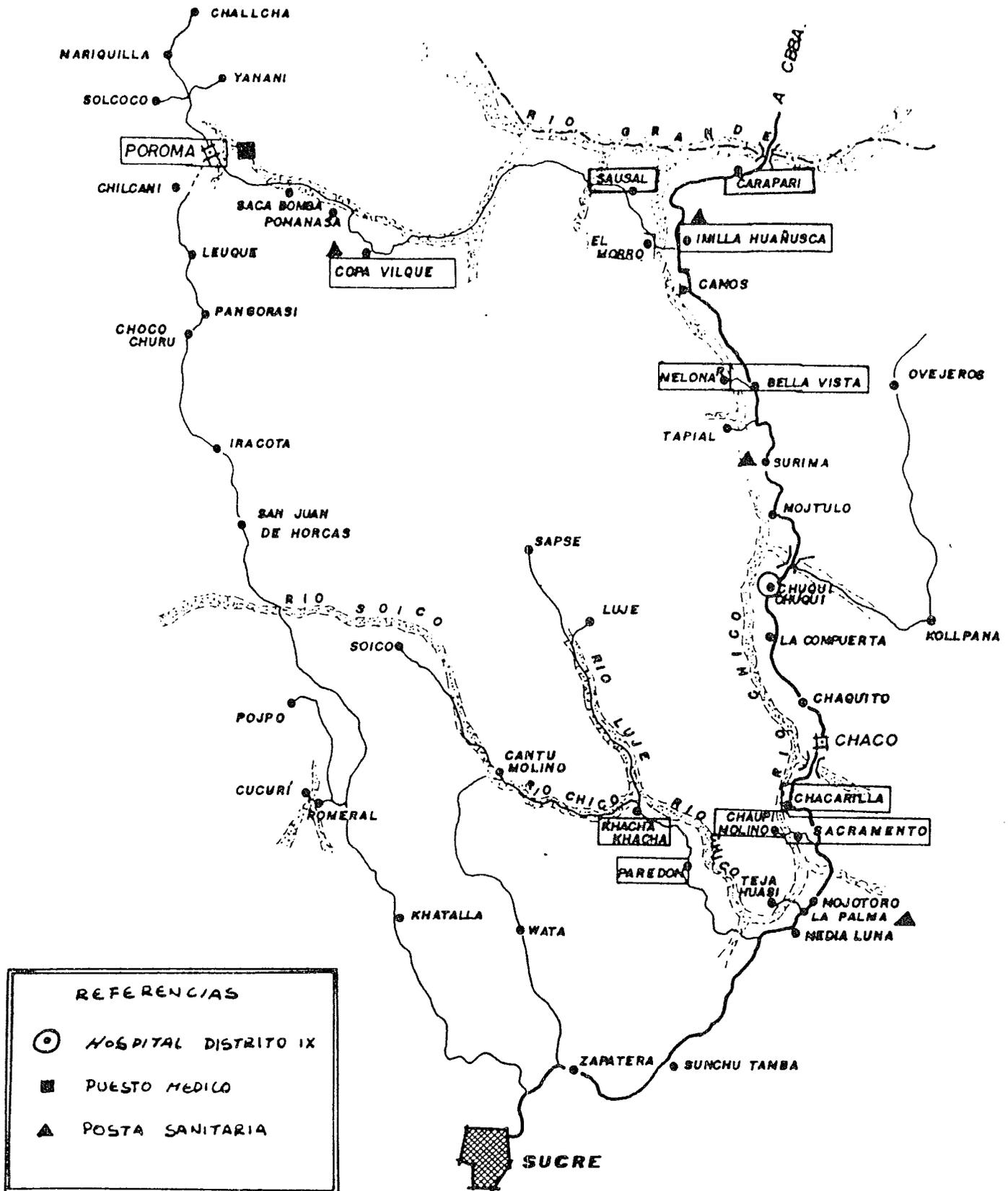
Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20: Componente Social - Organización Comunal. Yungas: Sin fecha.

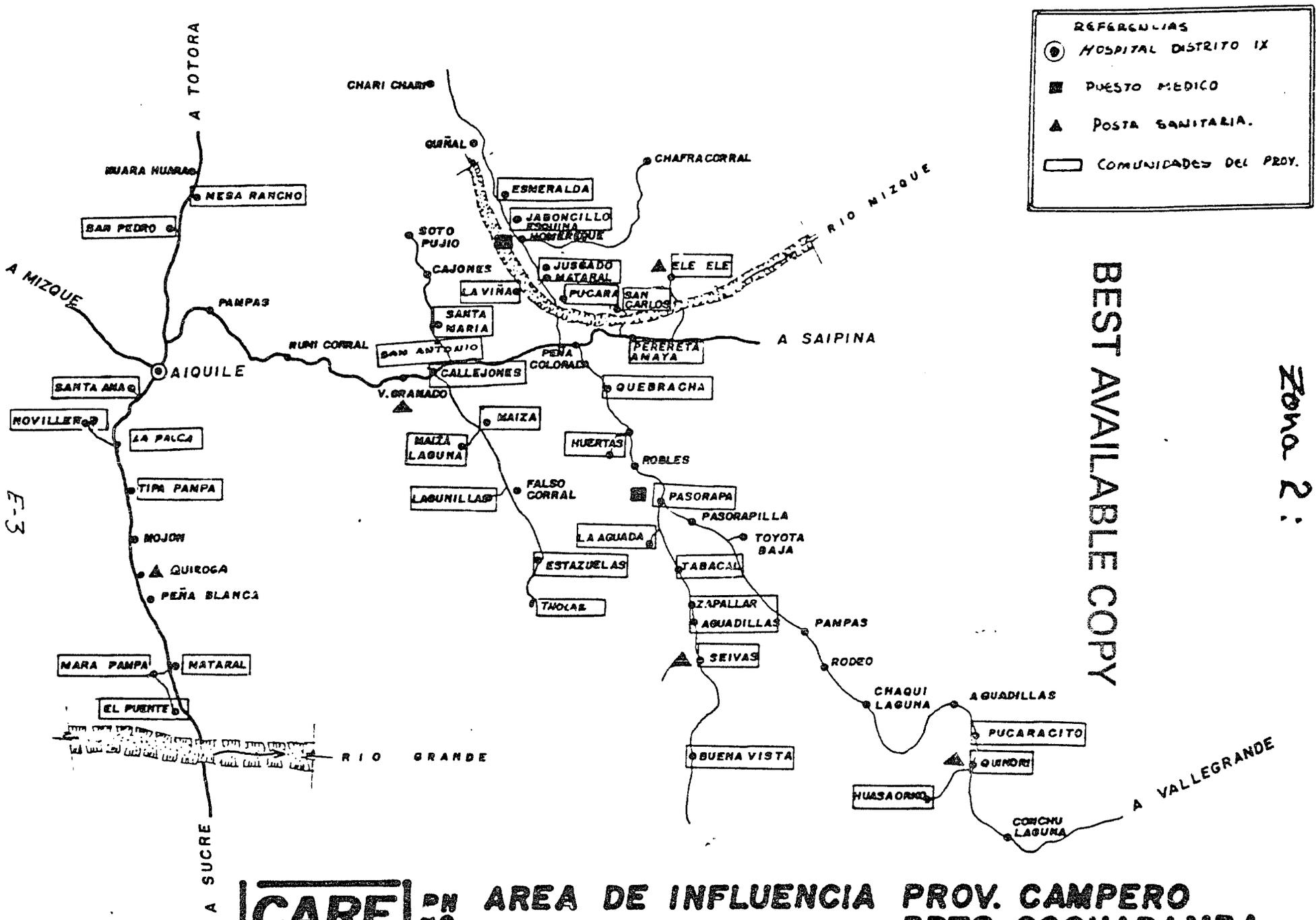
Estrategias de Organización Comunitaria. Borrador. Yungas: Sin fecha.



# Zona 2:

BEST AVAILABLE COPY





REFERENCIAS

- HOSPITAL DISTRITO IX
- PUESTO MEDICO
- ▲ POSTA SANITARIA.
- ▭ COMUNIDADES DEL PROY.

BEST AVAILABLE COPY

Zona 2:

E-3

**CARE**

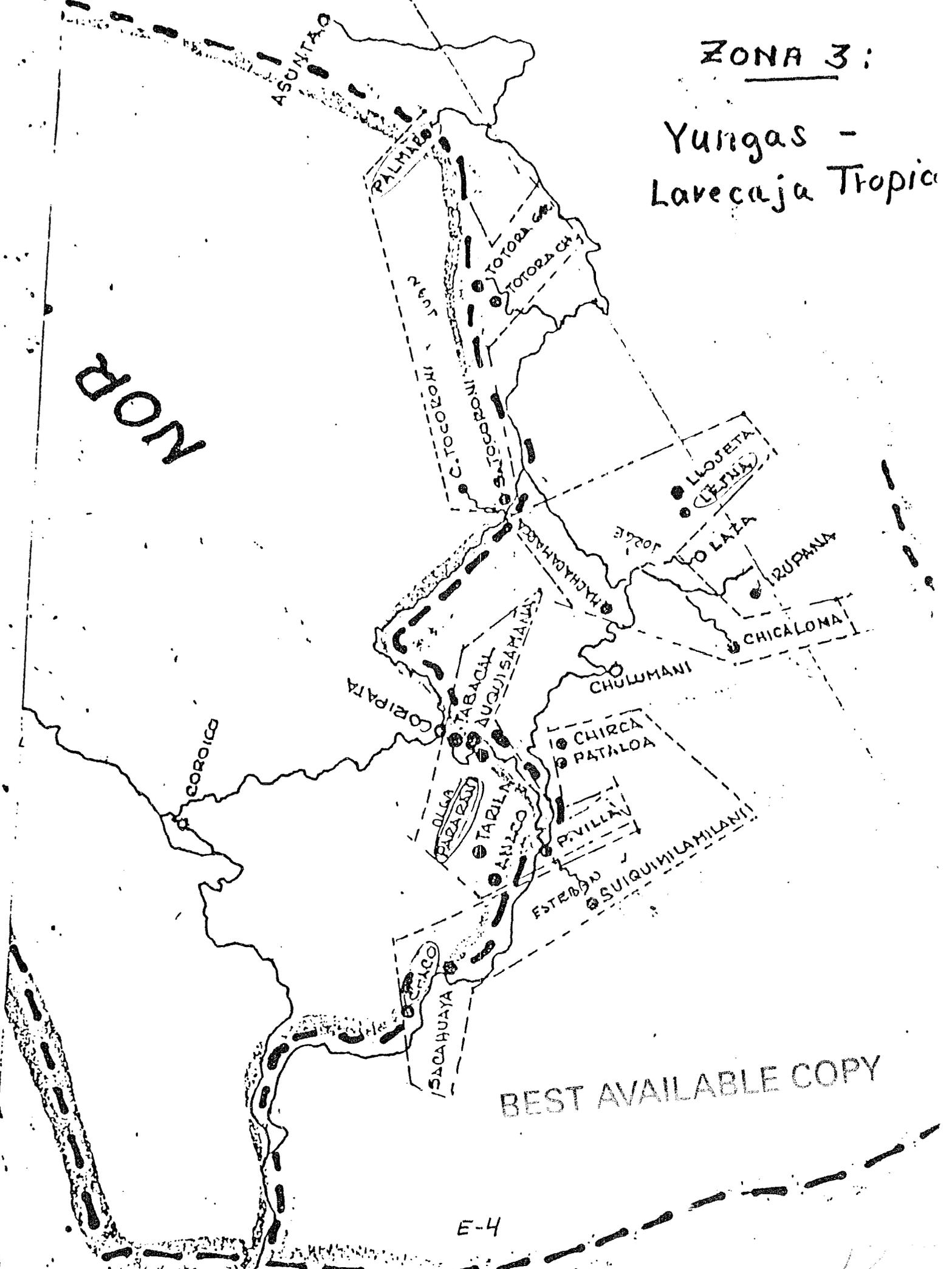
PN  
20

AREA DE INFLUENCIA PROV. CAMPERO  
DPTO. COCHABAMBA

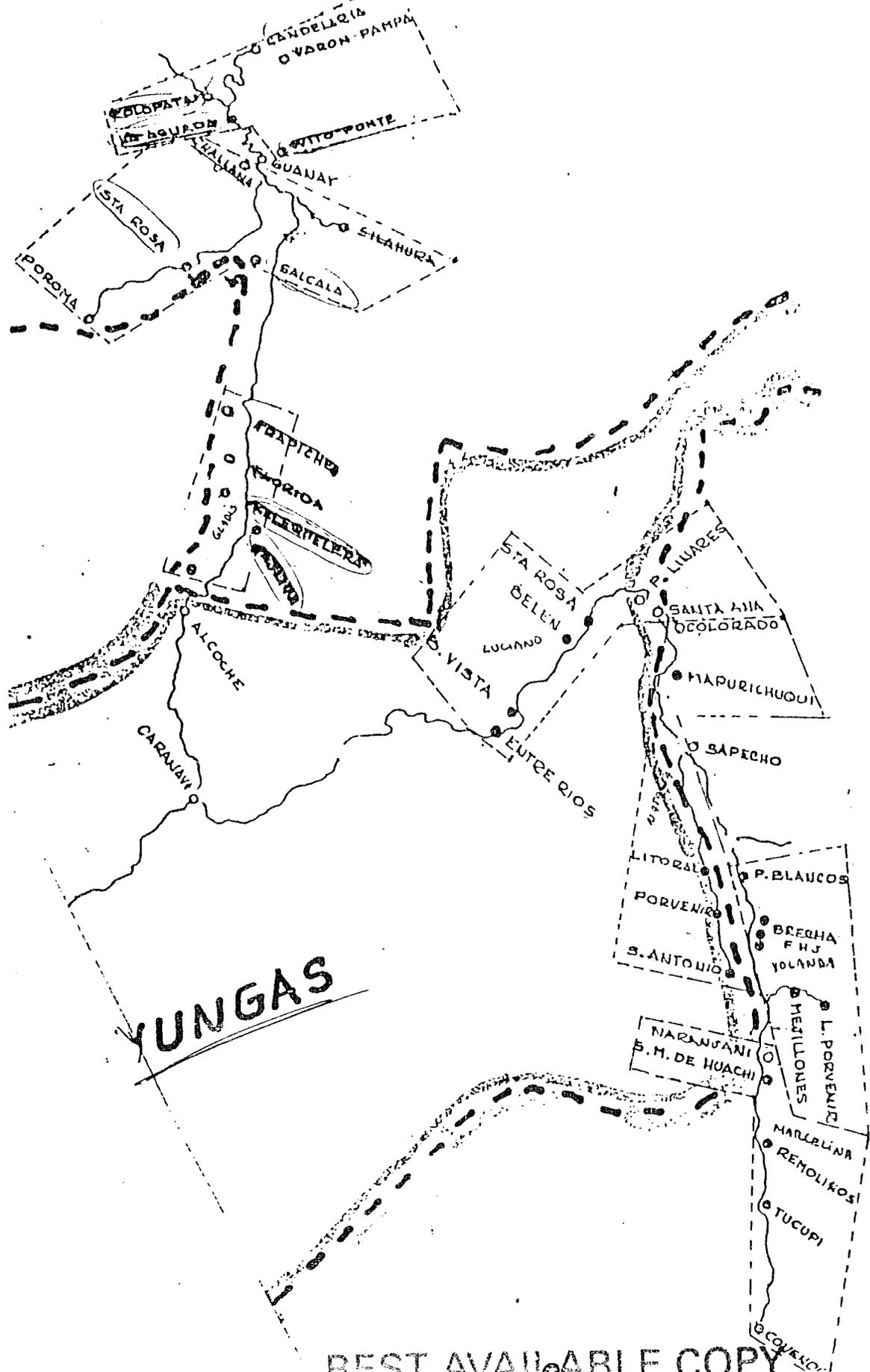
ZONA 3:

Yungas -  
Larecaja Tropic

NOR



BEST AVAILABLE COPY



BEST AVAILABLE COPY

LOGFRAME

CARE COMMUNITY DEVELOPMENT PROJECT

GOAL:	OBJECTIVELY VERIFIABLE IND'TR:	MEANS OF VERIFICATION:	ASSUMPTIONS:
Improved health, well-being, and self-development capacity of the target population in a sustainable manner.	Decrease in childhood morbidity and mortality in target pp. Improved nutritional status and income. Increased self-development initiatives.	Target population surveys.	Political stability continues. No major changes in economic environment. No major new epidemics nor droughts occur.
PURPOSE:	END OF PROJECT STATUS:	MEANS OF VERIFICATION:	ASSUMPTIONS:
Improved infant and child survival through improved nutritional status and immunization coverage and decreased diarrheal incidence.	Reduction in infant and child diarrheal morbidity and <1 SD malnutrition by 30% in 160 participating communities. Increased immunization coverage of children to 80%.	Sample surveys of diarrheal incidence, nutritional status and immunization coverage at baseline, mid-term and end of project.	No violence nor anarchy. No drought nor floods.
OUTPUTS:	OVI:	MEANS OF VERIFICATION:	ASSUMPTIONS:
I. Strengthened community organizations in 100% (160) communities.	A. 160 new communities with organization which meets with ag, water, and health community workers on a monthly basis by 1991.	A. Interviews of workers and review of records by evaluation team of sample of communities.	

ANEXO F

F-1

127

OUTPUTS:	OVIS:	MEANS OF VERIFICATION:	ASSUMPTIONS:																																																							
II. Improved maternal, infant, and child health status in 160 communities.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>1991</td> <td>1992</td> <td>1993</td> <td>1994</td> </tr> <tr> <td>✓ B.</td> <td colspan="4">160 communities with a water committee collecting and managing water tariffs by 1994.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>32</td> <td>64</td> <td>160</td> </tr> <tr> <td>A./</td> <td colspan="4">80% 10-24 month old children with complete vaccination scheme by 1994.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10%</td> <td>30%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>B.</td> <td colspan="4">50% of 15-45 year old women with TT2 by 1994.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10%</td> <td>30%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>C.</td> <td colspan="4">25% of families in 160 villages regularly purchasing and using I2 salt by 1994.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>D.</td> <td colspan="4">50% of children with diarrhea treated by mother with ORT by 1994.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0%</td> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> </tr> </table>		1991	1992	1993	1994	✓ B.	160 communities with a water committee collecting and managing water tariffs by 1994.					0	32	64	160	A./	80% 10-24 month old children with complete vaccination scheme by 1994.					10%	30%	70%	80%	B.	50% of 15-45 year old women with TT2 by 1994.					10%	30%	45%	50%	C.	25% of families in 160 villages regularly purchasing and using I2 salt by 1994.					0%	0%	20%	25%	D.	50% of children with diarrhea treated by mother with ORT by 1994.					0%	20%	40%	50%	<p>B. Interviews of community workers and review of records by evaluation team of sample of communities.</p> <p>A. Review of immunization records and maternal interviews and child examinations by evaluation team in sample communities.</p> <p>B. Ditto.</p> <p>C. Sample household inspections by evaluation team.</p> <p>D. Sample household interviews and testing of mothers by evaluation team.</p>	<p>Vaccines are available. Vaccines are still viable. U.S. is willing to depart from campaign style program.</p> <p>ORS is available in adequate quantity. U.S. gives ORS as requested monthly.</p>
	1991	1992	1993	1994																																																						
✓ B.	160 communities with a water committee collecting and managing water tariffs by 1994.																																																									
	0	32	64	160																																																						
A./	80% 10-24 month old children with complete vaccination scheme by 1994.																																																									
	10%	30%	70%	80%																																																						
B.	50% of 15-45 year old women with TT2 by 1994.																																																									
	10%	30%	45%	50%																																																						
C.	25% of families in 160 villages regularly purchasing and using I2 salt by 1994.																																																									
	0%	0%	20%	25%																																																						
D.	50% of children with diarrhea treated by mother with ORT by 1994.																																																									
	0%	20%	40%	50%																																																						

F-2

OUTPUTS:	OVIs:	MEANS OF VERIFICATION:	ASSUMPTIONS:
<p>III. Reliable and accessible water supplies in 160 rural communities.</p>	<p>1991 1992 1993 1994</p> <p>E. 50% of women with children &lt;1 will have taken at least 20 Fe-folate tabs in pregnancy. 0% 0% 40% 50%</p> <p>F. Incidence of malnutrition (&gt;1S.D. below median weight for age) falls 30% among children &lt;36 mos. of age by 1994. 0% 20% 25% 30%</p> <p>G. 90% of health promoters (18) in the 20 villages with pharmacies continue to provide 5 days service per month to their communities. 0 0 10 18</p> <p>H. 50% of mothers correctly wash their and their children's hands before eating.</p> <p>A. 80% of the 48,000 people receive a minimum of 30 liters per day by 1994. 0 15360 30720 38400</p> <p>B. 90% of the connections are household connections. 0% 90% 90% 90%</p>	<p>E. Review of records and sub-set verification through interviews and household inspections by evaluation team.</p> <p>F. Review of records and spot-checking by evaluation team.</p> <p>G. Review of records and spot-checking.</p> <p>H. Ditto.</p> <p>A. Review of records and spot-checking by evaluation team.</p> <p>B. Review of records and spot-checking by evaluation team.</p>	<p>Importation of materials occurs w/o problem.</p> <p>Corporations place personnel in design and construction.</p>

E-3

F-4

OUTPUTS:	OVIs:	MEANS OF VERIFICATION:	ASSUMPTIONS:																														
<p>IV. Improved sanitation at the household level.</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>1991</td> <td>1992</td> <td>1993</td> <td>1994</td> </tr> <tr> <td>C. Maintenance activities in last 60 PN17 villages concluded.</td> <td>60</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>A. 8,000 latrines provided to 160 participating villages.</td> <td>0</td> <td>3520</td> <td>7040</td> <td>8000</td> </tr> <tr> <td>B. 40% of families properly use and maintain latrines.</td> <td>0%</td> <td>16%</td> <td>32%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0%</td> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>C. 1000 more latrines built in PN17 villages.</td> <td>0</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>1000</td> </tr> </table>		1991	1992	1993	1994	C. Maintenance activities in last 60 PN17 villages concluded.	60	0	0	0	A. 8,000 latrines provided to 160 participating villages.	0	3520	7040	8000	B. 40% of families properly use and maintain latrines.	0%	16%	32%	40%		0%	20%	40%	50%	C. 1000 more latrines built in PN17 villages.	0	500	1000	1000	<p>C. Review of records and spot-checking by evaluation team.</p> <p>A. Sample household inspections by evaluation team.</p> <p>B. Sample household interviews and testing of mothers by evaluation team.</p> <p>C. Review of records and sub-set verification by evaluation team.</p>	<p>Community members respond with timely payments and labor. Timely disbursements by Corporations and USAID.</p>
	1991	1992	1993	1994																													
C. Maintenance activities in last 60 PN17 villages concluded.	60	0	0	0																													
A. 8,000 latrines provided to 160 participating villages.	0	3520	7040	8000																													
B. 40% of families properly use and maintain latrines.	0%	16%	32%	40%																													
	0%	20%	40%	50%																													
C. 1000 more latrines built in PN17 villages.	0	500	1000	1000																													
<p>V. Improved family self-sufficiency in 160 communities.</p>	<table border="0"> <tr> <td>A. 50% of families have vegetable gardens producing.</td> <td>0%</td> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>B. 50% of village women cite productive or income-saving skill from project.</td> <td>0%</td> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> </tr> </table>	A. 50% of families have vegetable gardens producing.	0%	20%	40%	50%	B. 50% of village women cite productive or income-saving skill from project.	0%	20%	40%	50%	<p>A. Review of records and spot-checking.</p> <p>B. Interview of women and demonstrations.</p>	<p>No droughts.</p> <p>Seeds arrive on time.</p>																				
A. 50% of families have vegetable gardens producing.	0%	20%	40%	50%																													
B. 50% of village women cite productive or income-saving skill from project.	0%	20%	40%	50%																													
<p>VI. Issues of concern to the project investigated.</p>	<table border="0"> <tr> <td>Three operational research investigations conducted during the life of the project.</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Three operational research investigations conducted during the life of the project.	0	1	2	3	<p>Review of project records.</p>																										
Three operational research investigations conducted during the life of the project.	0	1	2	3																													

OUTPUTS:	OVIs:	MEANS OF VERIFICATION:	ASSUMPTIONS:
VII. Improved women's condition and participation in the society.	1991    1992    1993    1994 A. 50% of Development Committees have at least one woman member from 1991 on. 50%    50%    50%    50% B. At least 40% of the health promoters are women. 40%    40%    40%    40%	A. Review of project records and spot-checking.  B. Review of project records and spot-checking.	Communities willing to elect women.  "                    "                    "                    "

F-5

PROJECT TITLE: CARE COMMUNITY DEVELOPMENT PROJECT

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS				MEANS OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
Inputs:						
1. Health	\$1,213,000				CARE ACCOUNTING RECORDS.	
2. Water	\$4,148,000					
3. Sanitation	\$ 976,000					
4. Production	\$1,250,000					
5. Community Organization	\$ 564,000					
6. CARE Support						
La Paz	\$ 740,000					
NY OH	\$ 519,000					
TOTAL:	\$9,417,000					
Sources:	1991	1992	1993	1994		
CASH:						
USAID/Bolivia:	2160922	3089558	836970	912550	CARE ACCOUNTING.	USAID HAS AGREED MONEY. DEVELOPMENT CORPORATION PAY PER SCHEDULE. DEVELOPMENT CORPORATIONS HAVE MONEY FROM ROYALTIES.
Development Corporations	311078	350780	326458	233028		
Communities	49000	49000	49000	49000		
ESF	250000	250000	250000	250000		
IN-KIND:						
Corporations	636500	636500	636500	636500	CARE FIELD REPORTS.	DEVELOPMENT CORPORATIONS PUT AGREED NUMBER OF PERSONNEL INTO DESIGN AND CONSTRUCTION. COMMUNITIES CAN PAY AND WORK- NO DISASTER
Communities	325500	325500	325500	325500		

F-6

PROJECT TITLE: CARE COMMUNITY DEVELOPMENT PROJECT

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS				MEANS OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
Inputs:						
1. Health	\$1,213,000				CARE ACCOUNTING RECORDS.	
2. Water	\$4,148,000					
3. Sanitation	\$ 976,000					
4. Production	\$1,250,000					
5. Community Organization	\$ 564,000					
6. CARE Support						
La Paz	\$ 747,000					
NY OH	\$ 519,000					
TOTAL:	\$9,417,000					
Sources:	1991	1992	1993	1994		
CASH:						
USAID/Bolivia:	2160922	3089558	836970	912550	CARE ACCOUNTING.	USAID HAS AGREED MONEY. DEVELOPMENT CORPORATION PAY PER SCHEDULE. DEVELOPMENT CORPORATIONS HAVE MONEY FROM ROYALTIES.
Development Corporations	311078	350780	326458	233028		
Communities	49000	49000	49000	49000		
ESF	250000	250000	250000	250000		
IN-KIND:						
Corporations	636500	636500	636500	636500	CARE FIELD REPORTS.	DEVELOPMENT CORPORATIONS PUT AGREED NUMBER OF PERSONNEL INTO DESIGN AND CONSTRUCTION. COMMUNITIES CAN PAY AND WORK- NO DISASTER
Communities	325500	325500	325500	325500		

F-7

## ANEXO G

CUADRO 3.1

PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS  
 ABRIL/MAYO 1992 Y OCTUBRE 1992  
 (Por debajo de -2DS de la Media Peso por Edad: SVEN E+F)

ZONA Y SEXO	ABRIL/MAYO 1992	OCTUBRE 1992	DIFERENCIA PORCENTUAL
<u>ZONA 1</u>			
Niños	12.8	18.4	+ 43.8%
Niñas	(44.5)	14.6	(- 67.2%)
<u>ZONA 2</u>			
Niños	20.8	20.0	- 3.8%
Niñas	17.1	12.4	- 27.5%
<u>ZONA 3</u>			
Niños	12.6	11.3	- 10.3%
Niñas	(31.8)	9.2	(- 71.1%)
<u>TOTAL</u>			
Niños	15.0	15.8	+ 4.4%
Niñas	(31.5)	11.7	(- 62.9%)
TOTAL	(23.0)	13.8	(- 40.0%)

Fuente: Informes SVEN del PN-20.

( ) = datos dudosos

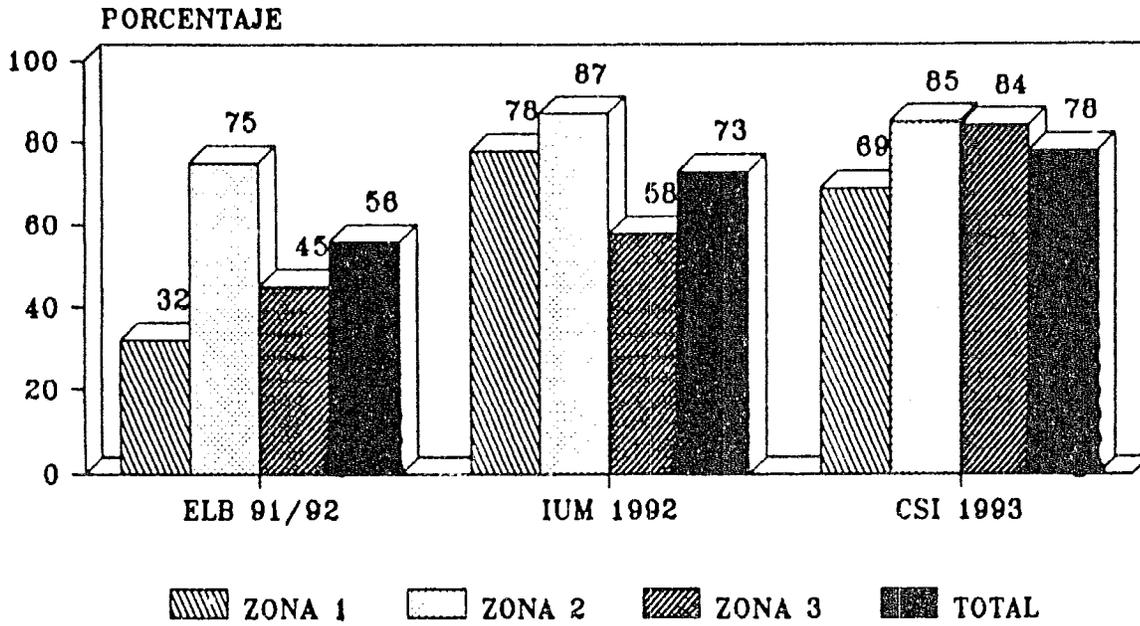
CUADRO 3.2

PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN NIÑOS 12-23 MESES  
 HACE SEIS MESES (JULIO-AGOSTO 1992)  
 (Por debajo de 80% del Mediano Peso por Edad: CSI)

ZONA	NORMAL	DESNUTRIDO
Zona 1: Altiplano Larecaja Valle	102 (81.6%)	23 (18.4%)
Zona 2: Chuquibamba	79 (78.2%)	22 (21.8%)
Zona 3: Yungas Larecaja Tropical	73 (90.1%)	8 ( 9.9%)
TOTAL	254 (82.7%)	53 (17.3%)

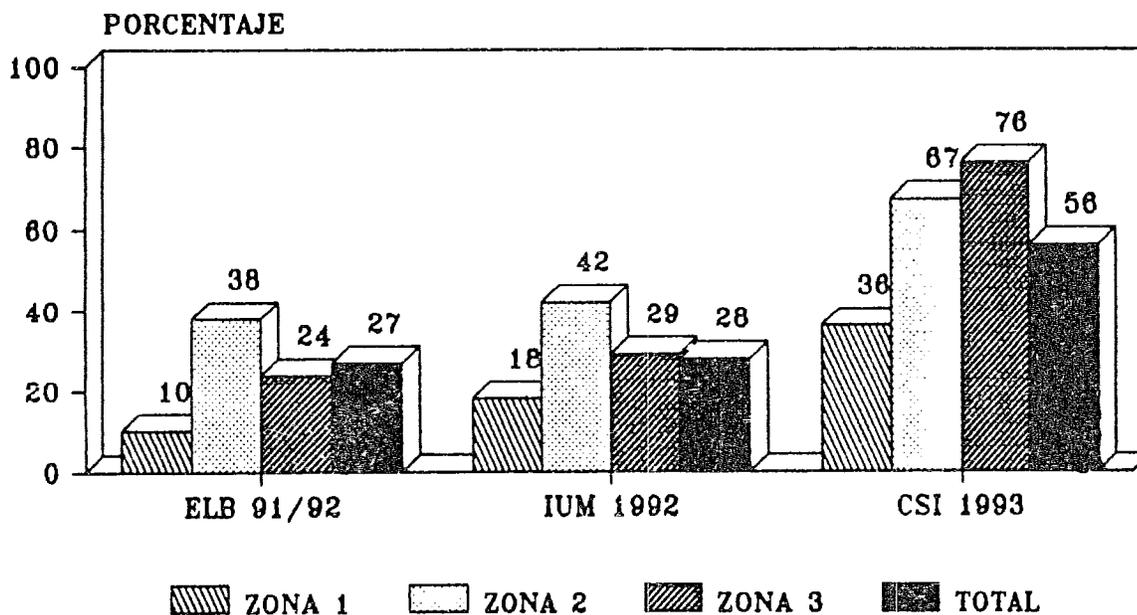
Fuente: Revisión de Carnets de Salud Infantil (N = 307),  
 February 1993. Ver Anexo J.

**FIGURA 3.1**  
**COBERTURA VACUNA BCG**  
**NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS**



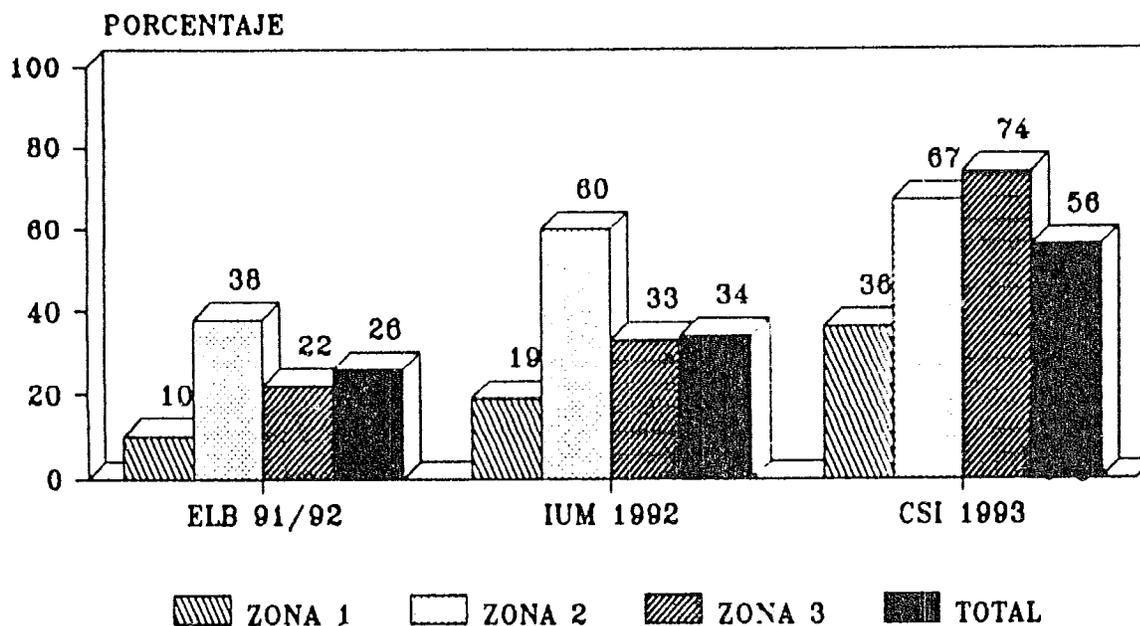
Encuesta Línea Base, Nov 91-Mar 92  
 Informe Único Mensual, Ene-Ago 92  
 Carnet Salud Infantil, Feb 1993

**FIGURA 3.2**  
**COBERTURA VACUNA POLIO-3**  
**NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS**



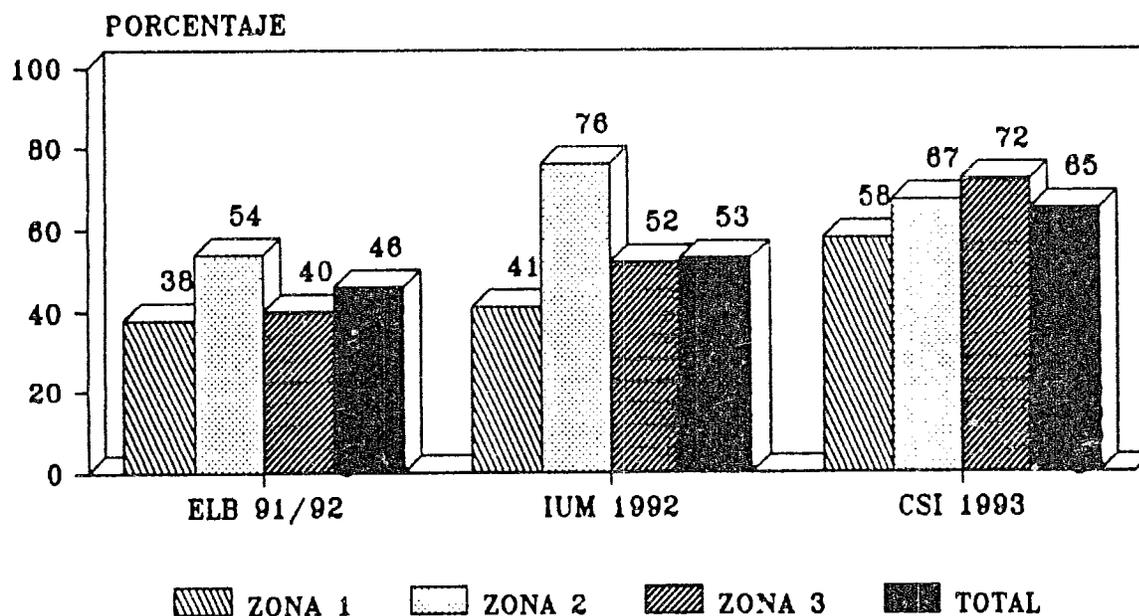
Encuesta Línea Base, Nov 91-Mar 92  
 Informe Único Mensual, Ene-Ago 92  
 Carnet Salud Infantil, Feb 1993

**FIGURA 3.3**  
**COBERTURA VACUNA DPT-3**  
**NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS**



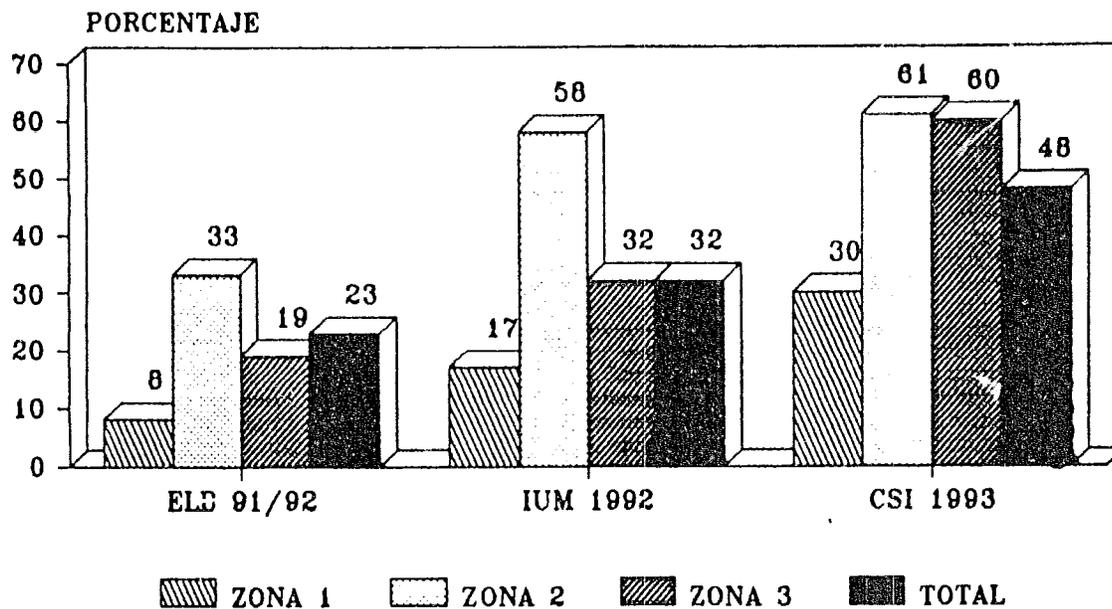
Encuesta Línea Base, Nov 91-Mar 92  
 Informe Único Mensual, Ene-Ago 92  
 Carnet Salud Infantil, Feb 1993

**FIGURA 3.4**  
**COBERTURA VACUNA ANTISARAMPION**  
**NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS**



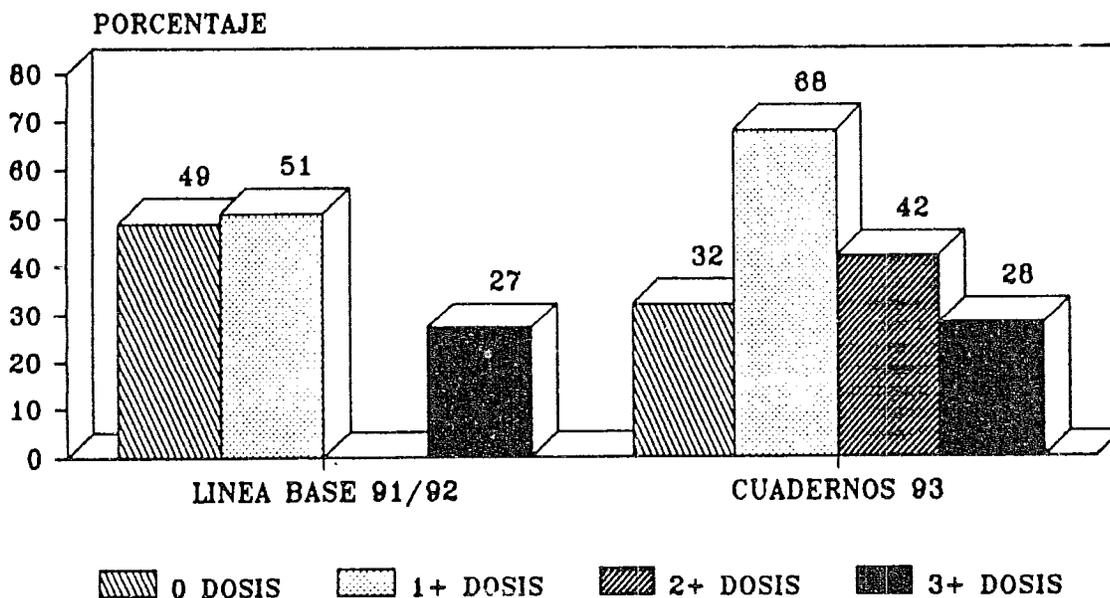
Encuesta Línea Base, Nov 91-Mar 92  
 Informe Único Mensual, Ene-Ago 92  
 Carnet Salud Infantil, Feb 1993

**FIGURA 3.5**  
**COBERTURA ESQUEMA COMPLETO**  
**NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS**



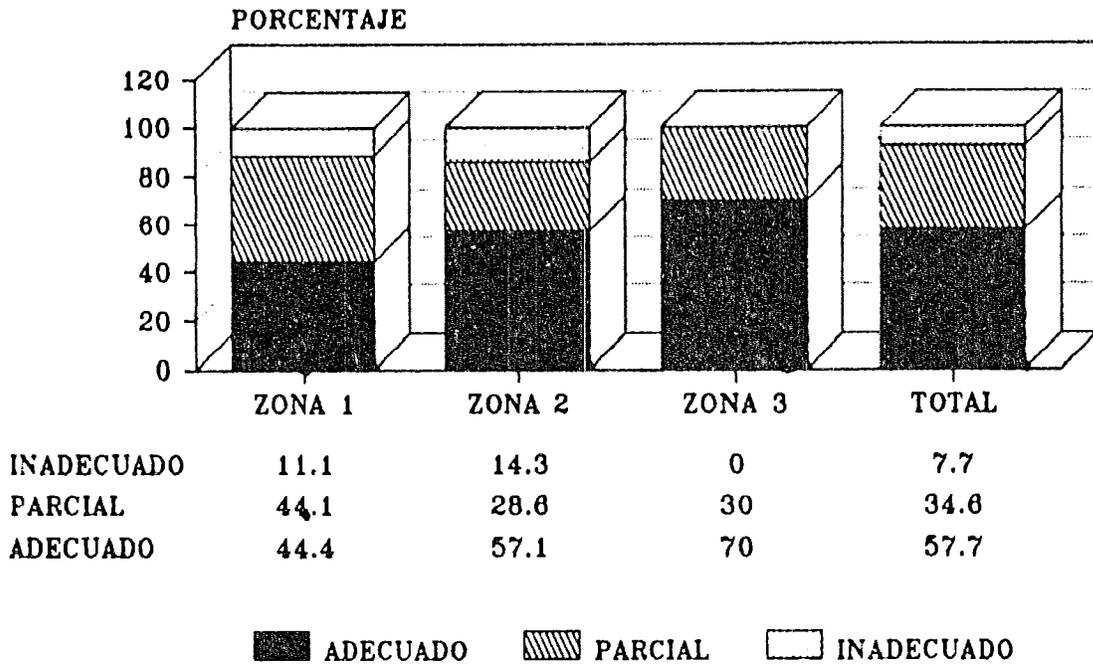
Encuesta Línea Base, Nov 91-Mar 92  
 Informe Único Mensual, Ene-Ago 92  
 Carnet Salud Infantil, Feb 1993

**FIGURA 3.6**  
**COBERTURA VACUNA ANTITETANICO**  
**MUJERES DE 15 A 49 AÑOS**



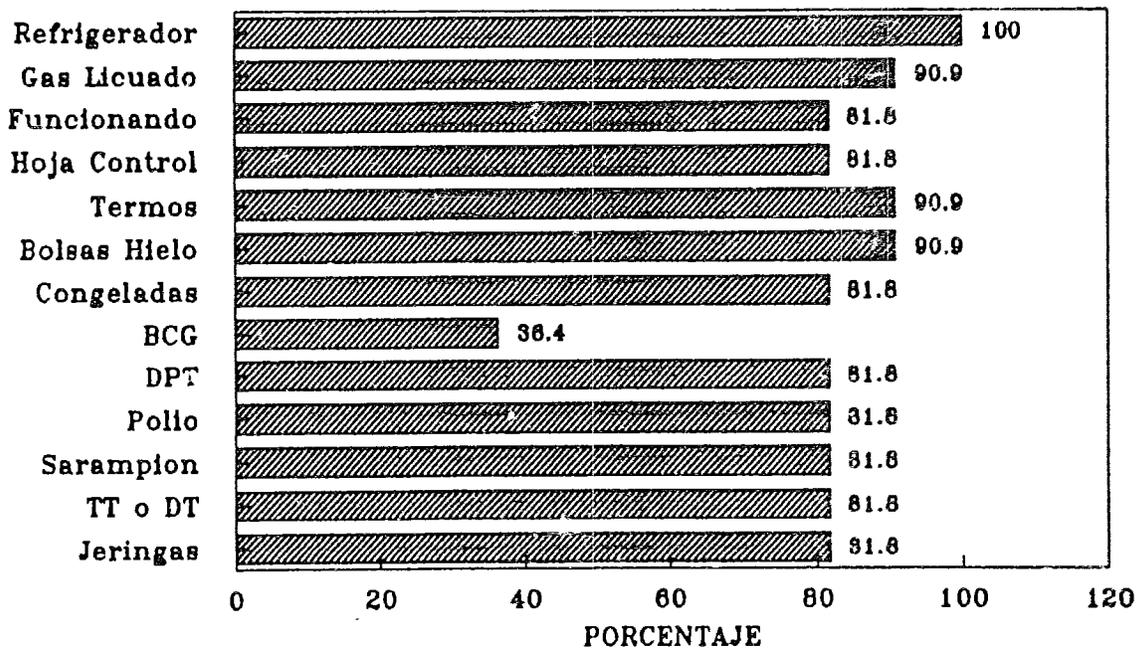
Encuesta Línea Base, Nov 91-Mar 92  
 Cuadernos de Mujeres, Feb 1993  
 (Datos de Zonas 1 y 3)

**FIGURE 3.7**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**



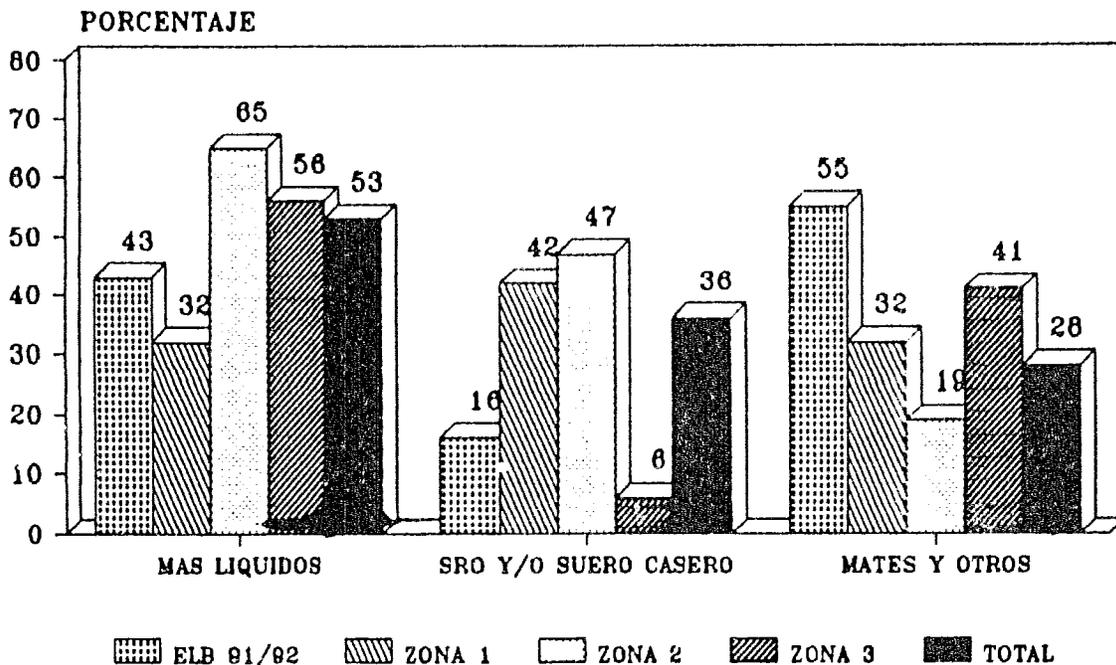
Encuesta Febrero 1993: N = 26

**FIGURA 3.8**  
**CADENA DE FRIO**  
**PUESTOS DE SALUD Y HOSPITALES**



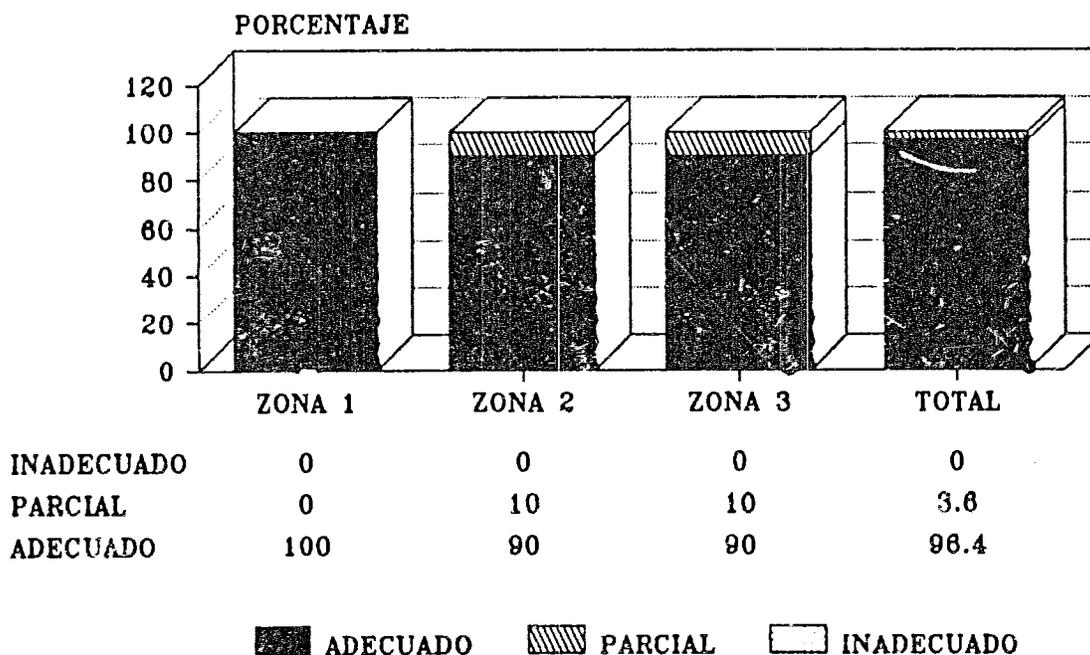
Observacion a 8 Puestos y 5 Hospitales  
 Febrero 1993

**FIGURA 3.9**  
**TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL**



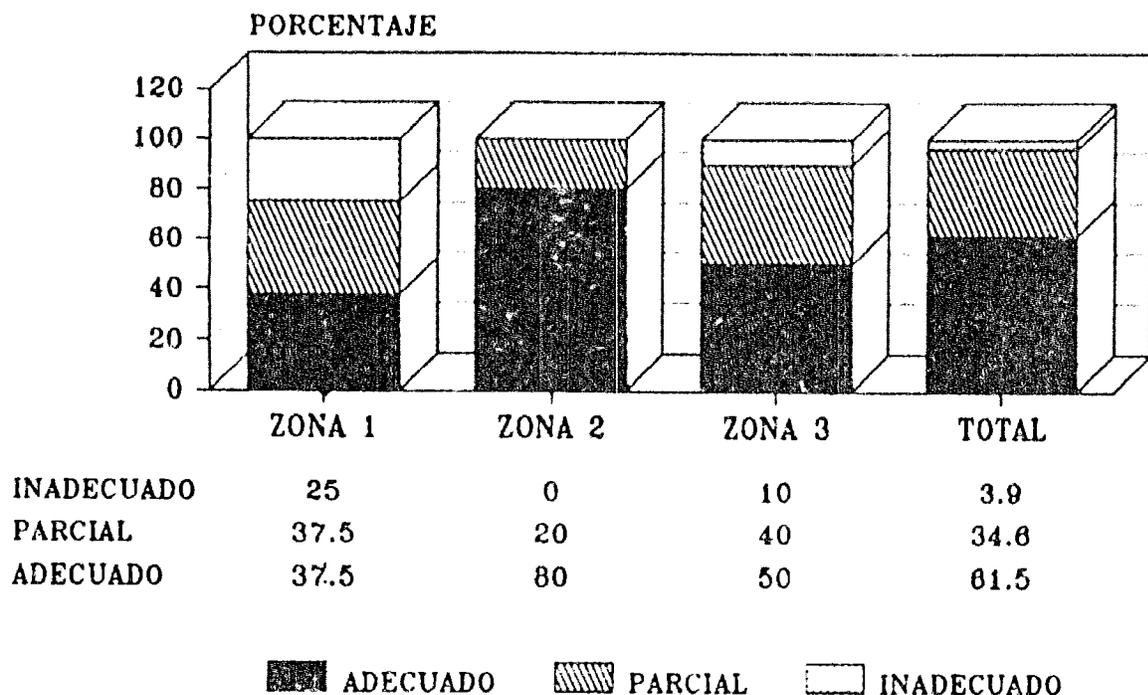
Encuesta Línea Base, Nov 91-Mar 92  
Encuesta de Monitoreo, Agosto 1992

**FIGURE 3.10**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL**



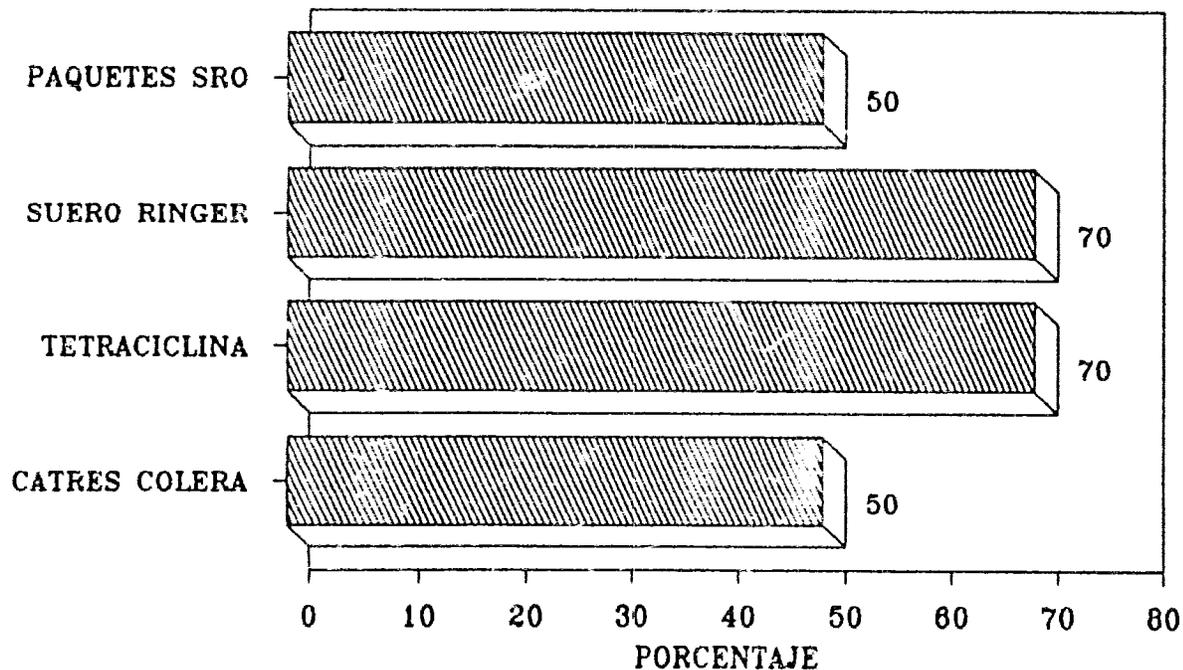
Encuesta Febrero 1993: N = 28

FIGURE 3.11  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES  
 DIAGNOSTICO Y ACCION DE COLERA**



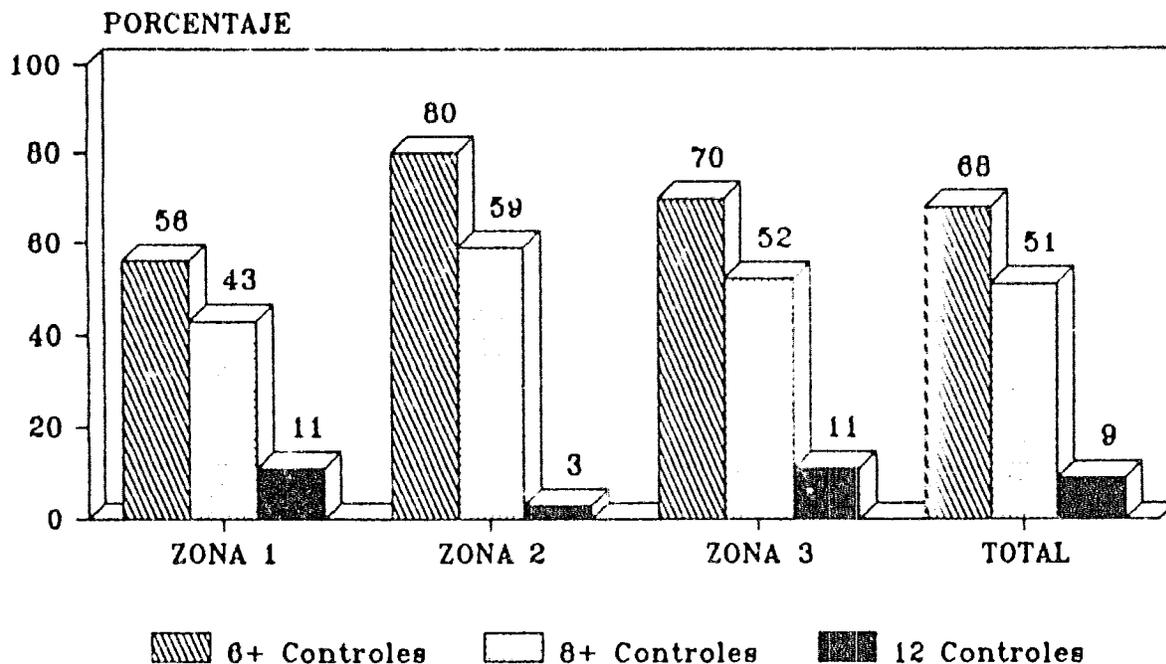
Encuesta Febrero 1993: N = 28

FIGURA 3.12  
**CAPACIDAD DE ATENDER EDA Y COLERA  
 PUESTOS DE SALUD Y HOSPITALES**



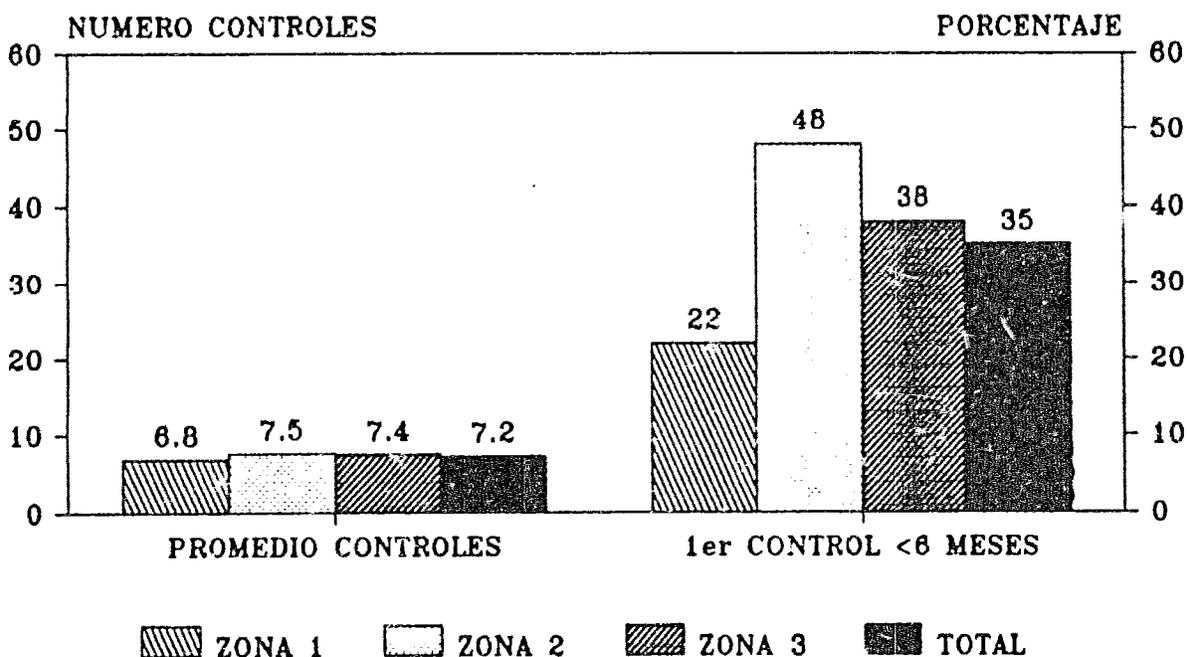
Observacion a 8 Puestos y 4 Hospitales  
 Febrero 1993

**FIGURA 3.13**  
**CONTROL DE PESO EN ULTIMOS DOCE MESES**  
**VIGILANCIA Y PROMOCION DE CRECIMIENTO**



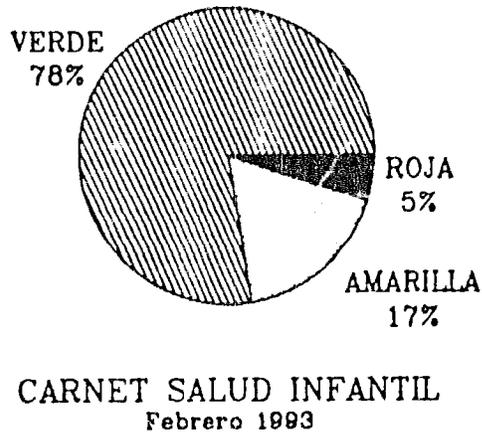
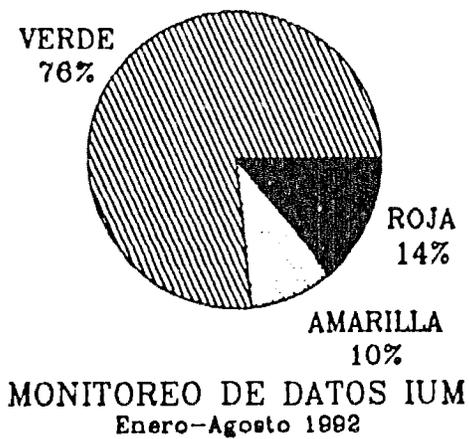
Revisión de Carnets Salud Infantil  
 Febrero 1993                      N = 307

**FIGURA 3.14**  
**CAPTACION TEMPRANA Y PROMEDIO CONTROLES**  
**VIGILANCIA Y PROMOCION DE CRECIMIENTO**

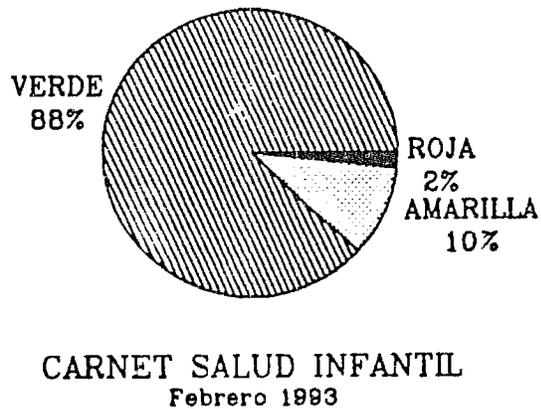
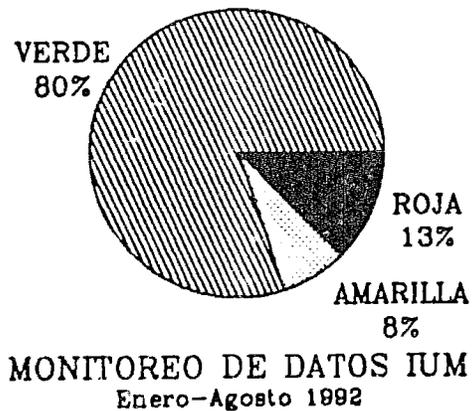


Revisión de Carnets Salud Infantil  
 Febrero 1993                      N = 307

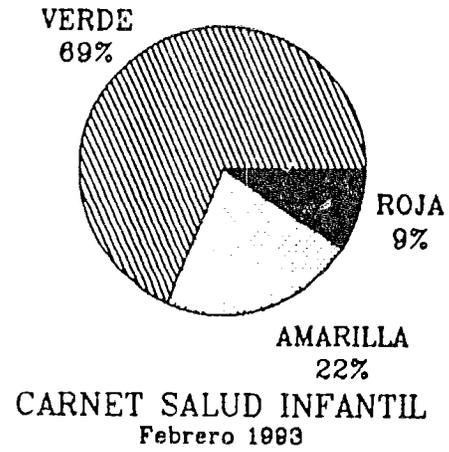
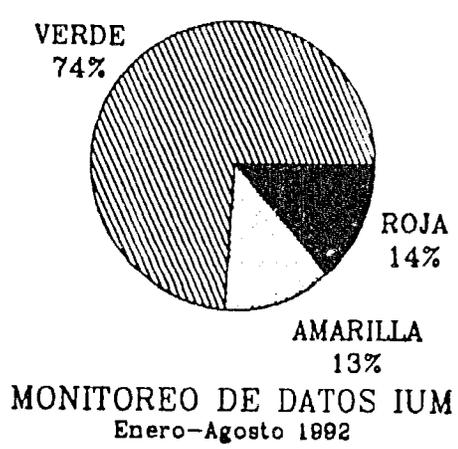
FIGURE 3.15  
 PATRONES DE CRECIMIENTO  
 TOTAL NIÑOS DE 12-23 MESES



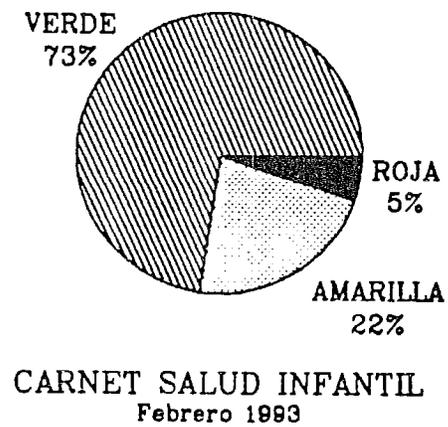
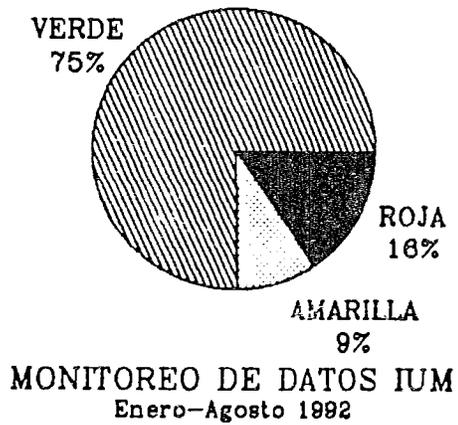
ZONA 1: ALTIPLANO-VALLÉS



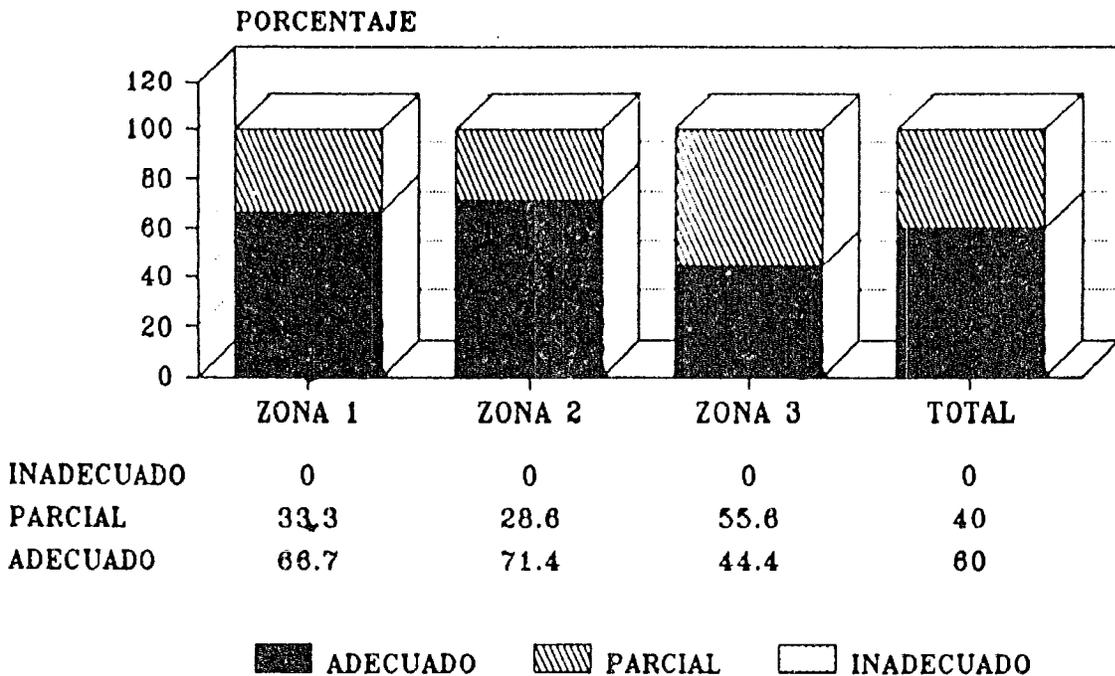
ZONA 2: CHUQUIBAMBA



ZONA 3: YUNGAS-LARECAJA TROPICAL

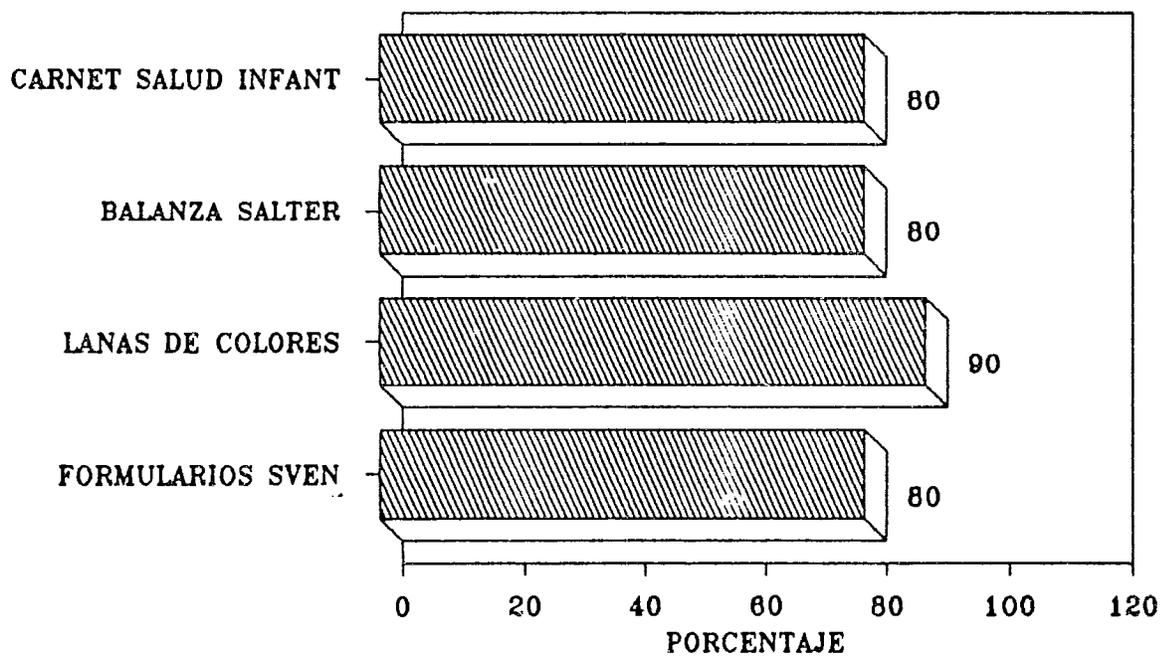


**FIGURE 3.16**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**VIGILANCIA Y PROMOCION DE CRECIMIENTO**



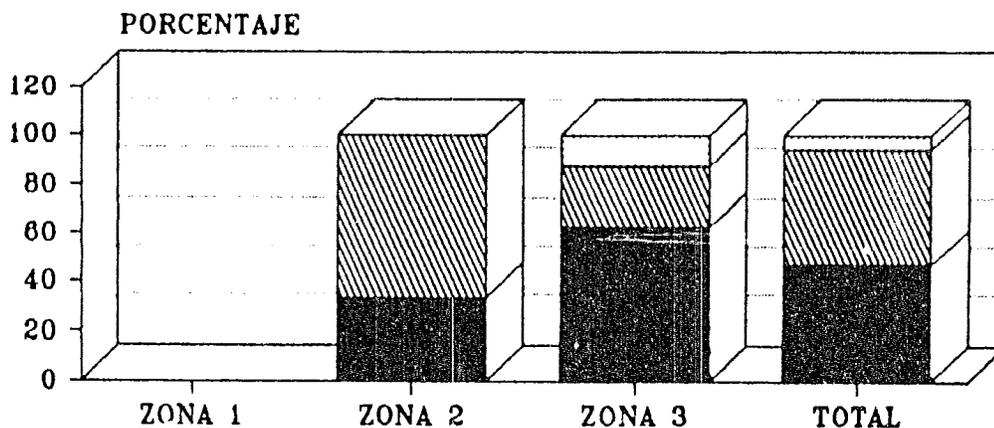
Encuesta Febrero 1993: N = 25

**FIGURA 3.17**  
**CAPACIDAD DE REALIZAR VPC**  
**PUESTOS DE SALUD Y HOSPITALES**



Observacion a 6 Puestos y 4 Hospitales  
 Febrero 1993

**FIGURE 3.18**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**NUTRICION Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

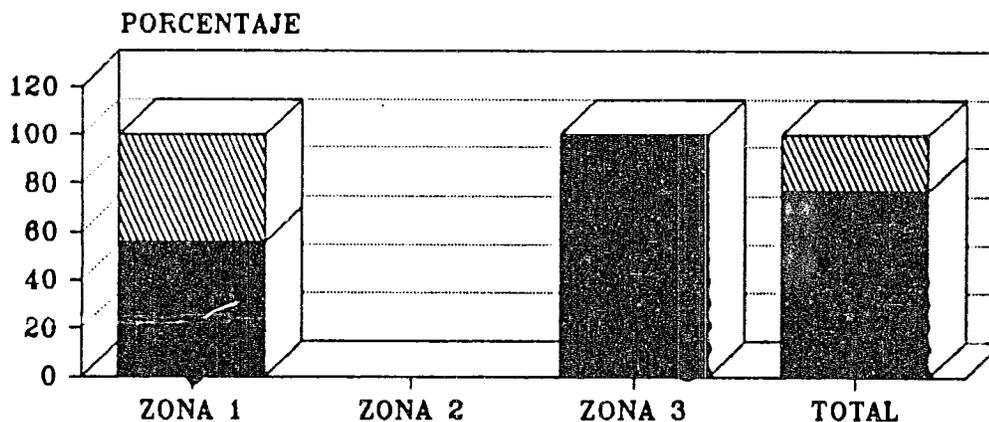


INADECUADO	0	12.5	5.9	
PARCIAL	0	66.7	25	47.1
ADECUADO	0	33.3	62.5	47.1

ADECUADO   
  PARCIAL   
  INADECUADO

Encuesta Febrero 1993: N = 17

**FIGURE 3.19**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**LACTANCIA MATERNA**



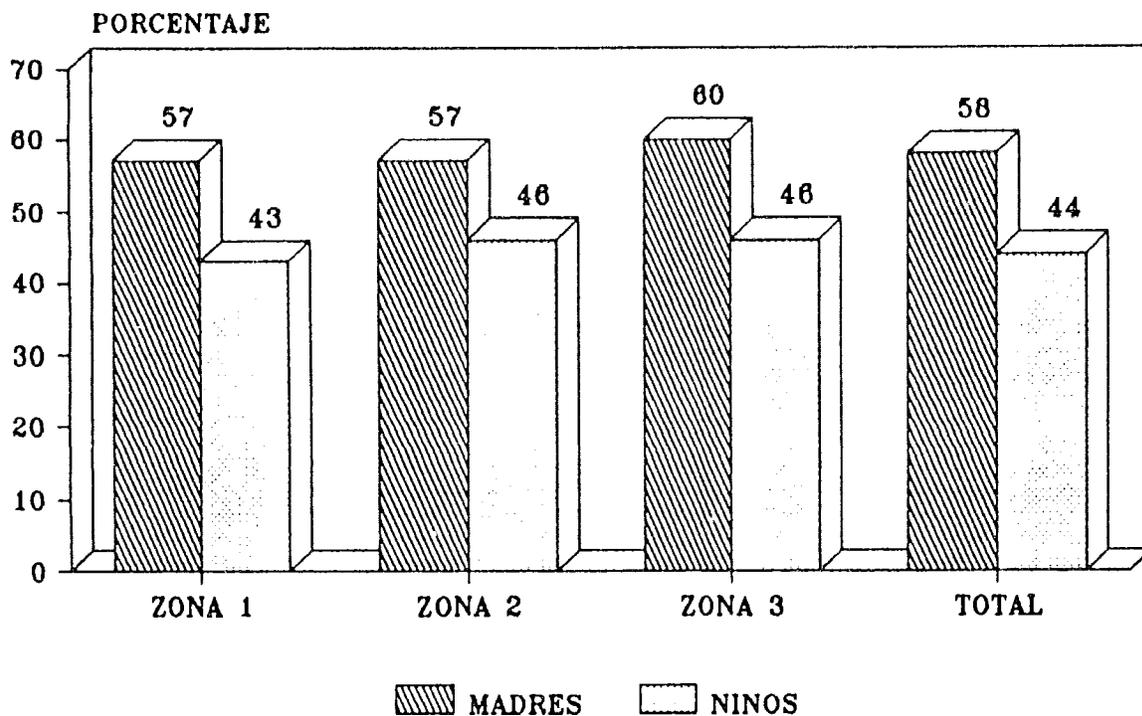
INADECUADO	0	0	0	0
PARCIAL	44.4	0	0	23.5
ADECUADO	55.6	0	100	78.5

ADECUADO   
  PARCIAL   
  INADECUADO

Encuesta Febrero 1993: N = 17

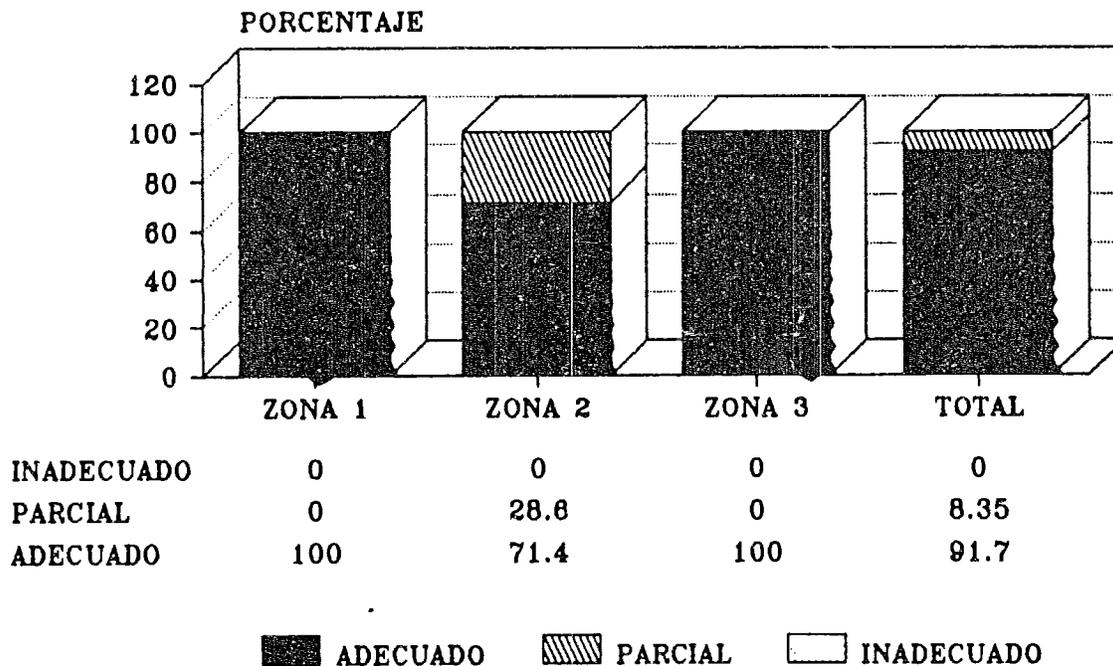
46

**FIGURA 3.20**  
**SE LAVAN LAS MANOS ANTES DE COMER**



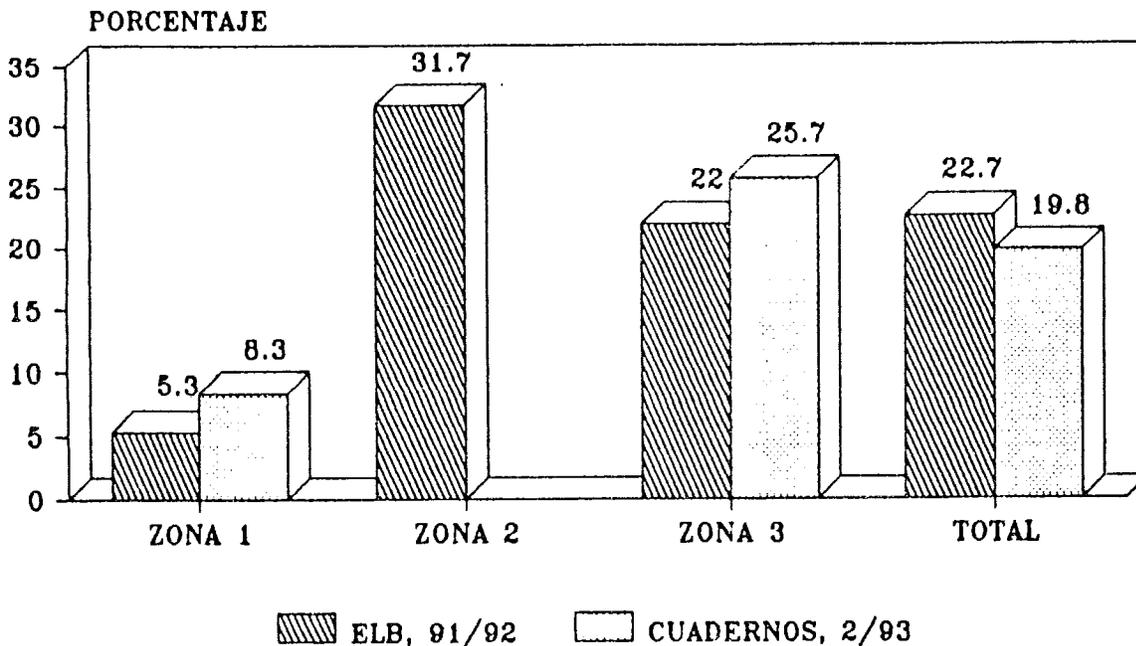
Encuesta de Monitoreo, Agosto 1992

**FIGURE 3.21**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**HIGIENE PERSONAL Y DE VIVIENDA**



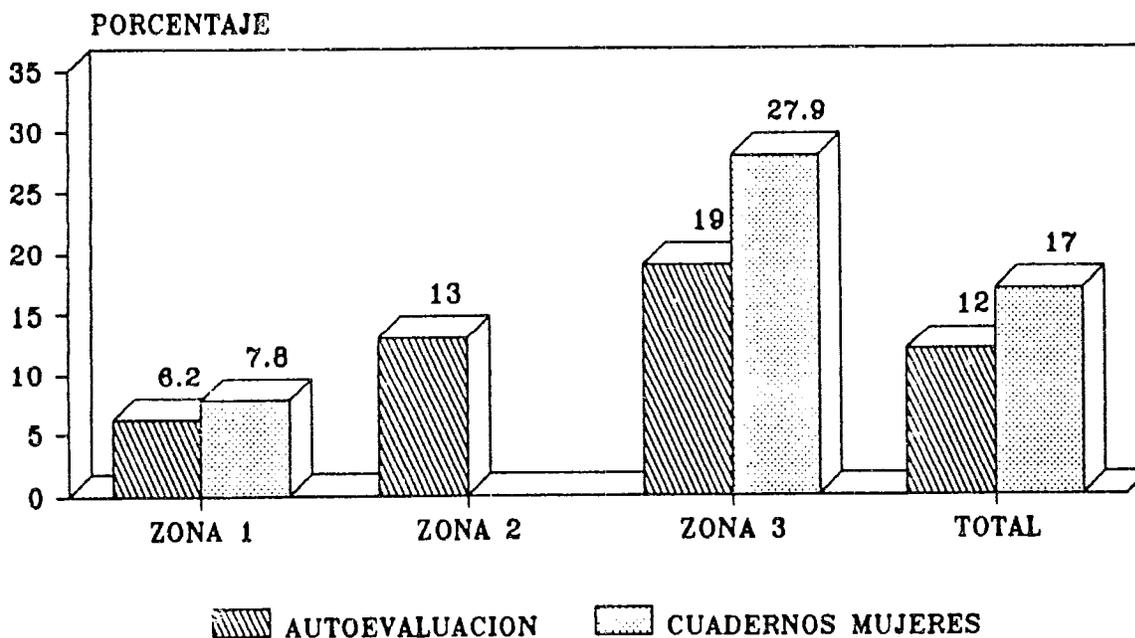
Encuesta Febrero 1993: N = 24

**FIGURA 3.22**  
**CONTROL PRENATAL**  
**MUJERES EMBARAZADAS CON UNO O MAS CPN**



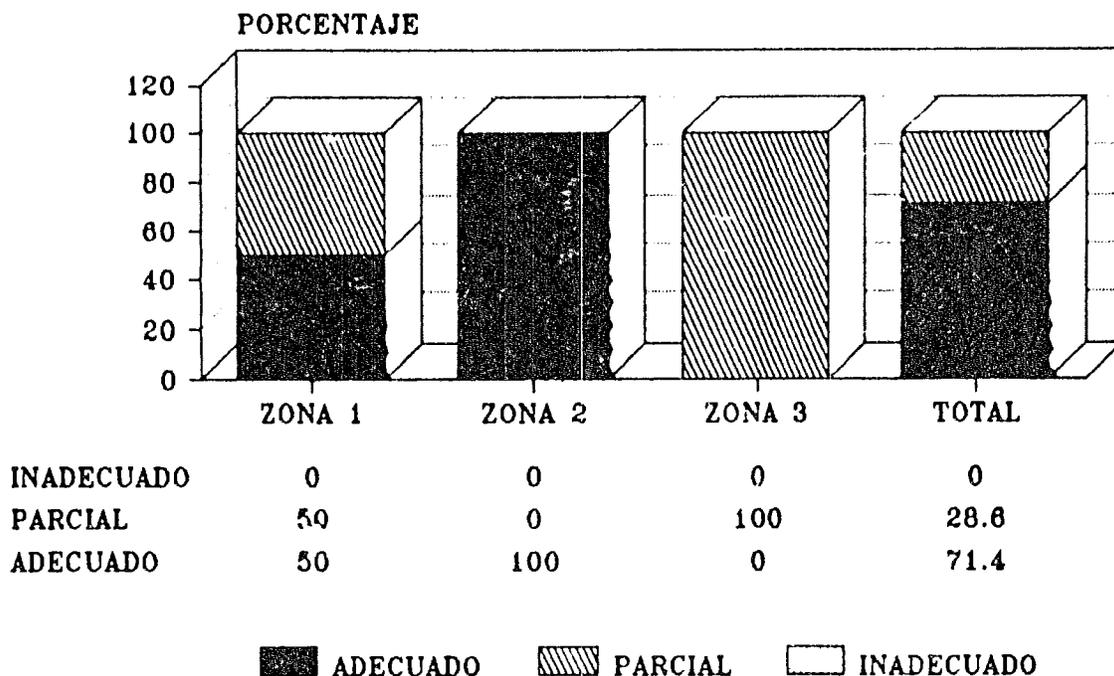
Encuesta de Línea Base, Nov 91-Mar 92  
 Revisión de Cuadernos, Febrero 1993

**FIGURA 3.23**  
**ADMINISTRACION SULFATO FERROSO**  
**MUJERES EMBARAZADAS**



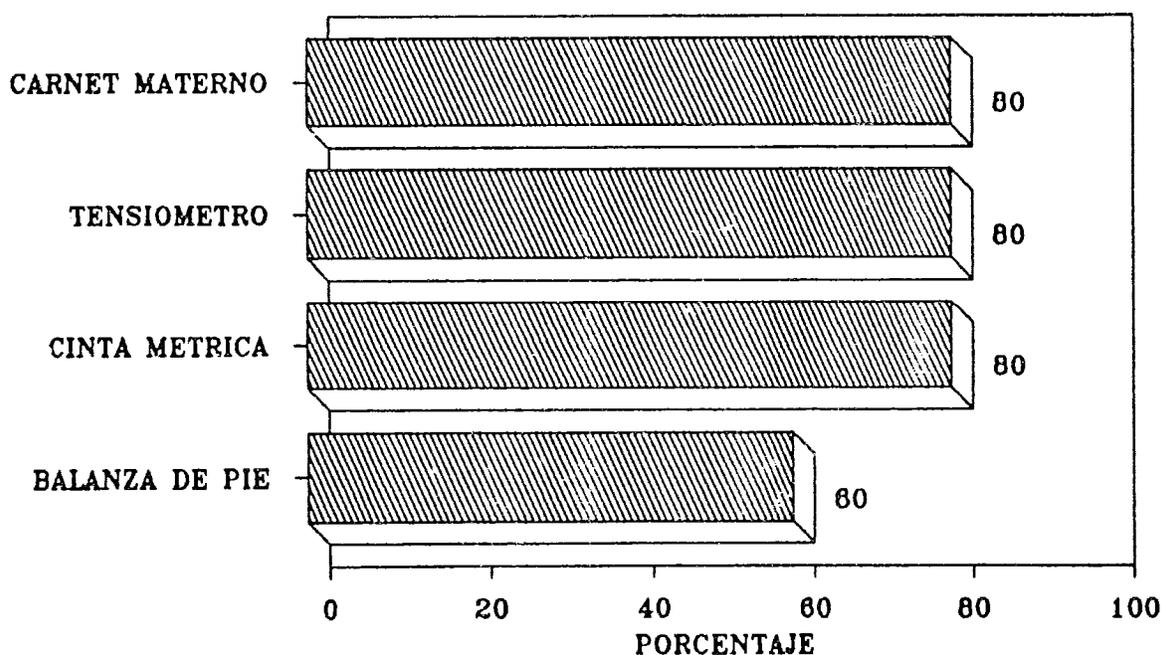
Autoevaluación, Enero 1993  
 Revisión de Cuadernos, Febrero 1993

**FIGURE 3.24**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**CUIDADO PRENATAL**



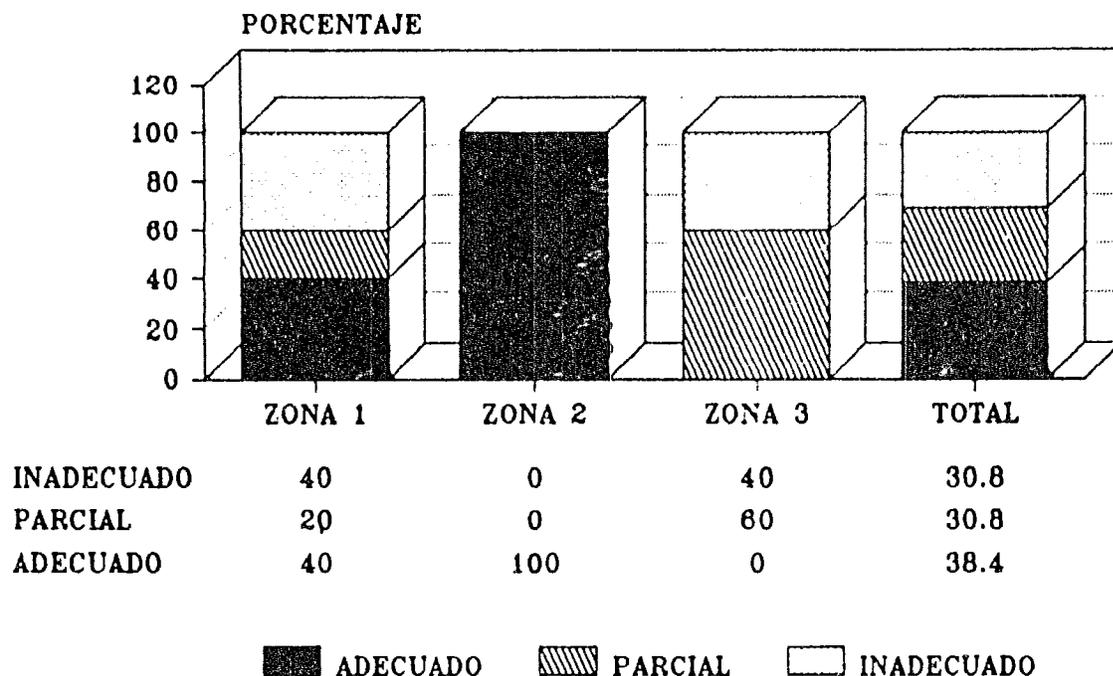
Encuesta Febrero 1993: N = 7

**FIGURA 3.25**  
**CAPACIDAD DE REALIZAR CPN**  
**PUESTOS DE SALUD Y HOSPITALES**



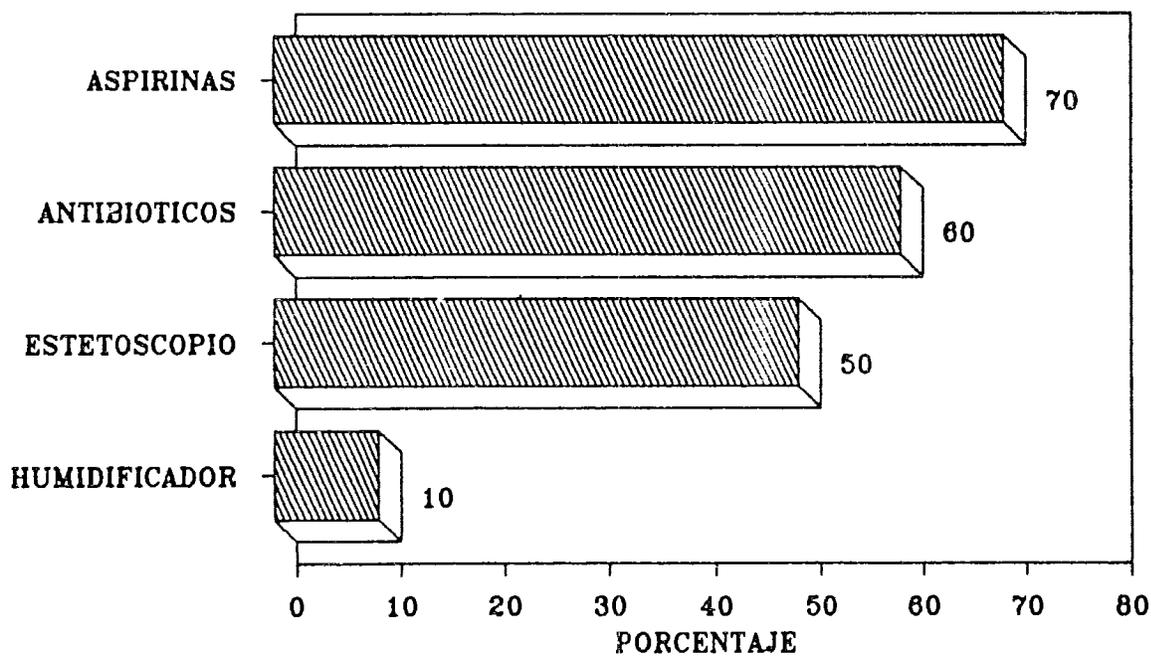
Observacion a 8 Puestos y 4 Hospitales  
 Febrero 1993

**FIGURE 3.26**  
**CONOCIMIENTOS DE PROMOTORES**  
**INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**



Encuesta Febrero 1993: N = 13

**FIGURA 3.27**  
**CAPACIDAD DE ATENDER IRAS**  
**PUESTOS DE SALUD Y HOSPITALES**



Observacion a 8 Puestos y 4 Hospitales  
 Febrero 1993

CUADRO No. 4.1

RESUMEN DEL PRESUPUESTO DEL PROYECTO

COMPONENTE	COSTO TOTAL EUA \$	%
1) Agua potable y saneamiento	5'124,000	54.4
2) Programa de servicios de salud	1'213,000	12.9
3) Programa de producción	1'250,000	13.3
4) Organización de las comunidades	564,000	6.0
5) Manejo y adm. oficina La Paz	747,000	7.9
6) Manejo y adm. oficina NY (OH)	519,000	5.5
TOTALES	9'417,000	100.0

CUADRO 4.2

METAS TRIMESTRALES PARA LOS COMPONENTES  
DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO RURAL

FACILIDADES A CONSTRUIRSE	PERIODO Mes/Año	#/trim.	# TOTAL
CHUQUISACA Y COCHABAMBA			
Sistemas nuevos de agua potable	10/91-04/94	4-5	45
Protección de fuentes de agua	10/91-04/94	4-5	45
Diseños de sistemas de agua	07/91-04/92	15	45
Letrinas con sello hidráulico	10/91-04/94	181-182	1817
EL ALTIPLANO			
Sistemas nuevos de agua potable	10/91-04/94	6-7	64
Protección de fuentes de agua	10/91-04/94	6-7	64
Diseños de sistemas de agua	07/91-04/92	20-21	64
Letrinas con sello hidráulico	10/91-04/94	373-374	3733
LOS YUNGAS			
Sistemas nuevos de agua potable	10/91-04/94	5-6	56
Protección de fuentes de agua	10/91-04/94	5-6	56
Diseños de sistemas de agua	07/91-04/92	3-5	56
Letrinas con sello hidráulico	10/91-04/94	322-323	3228
ASISTENCIA AL PROYECTO PN 17			
Letrinas con sello hidráulico	10/91-04/94	100	1000
TOTAL DEL PROYECTO			
Sistemas nuevos de agua potable	10/91-04/94	16-17	165
Protección de fuentes de agua	10/91-04/94	16-17	165
Diseños de sistemas de agua	07/91-04/92	55	165
Letrinas con sello hidráulico	10/91-04/94	823-824	8231

1998

CUADRO 4.3

AVANCE DE LOS TRABAJOS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

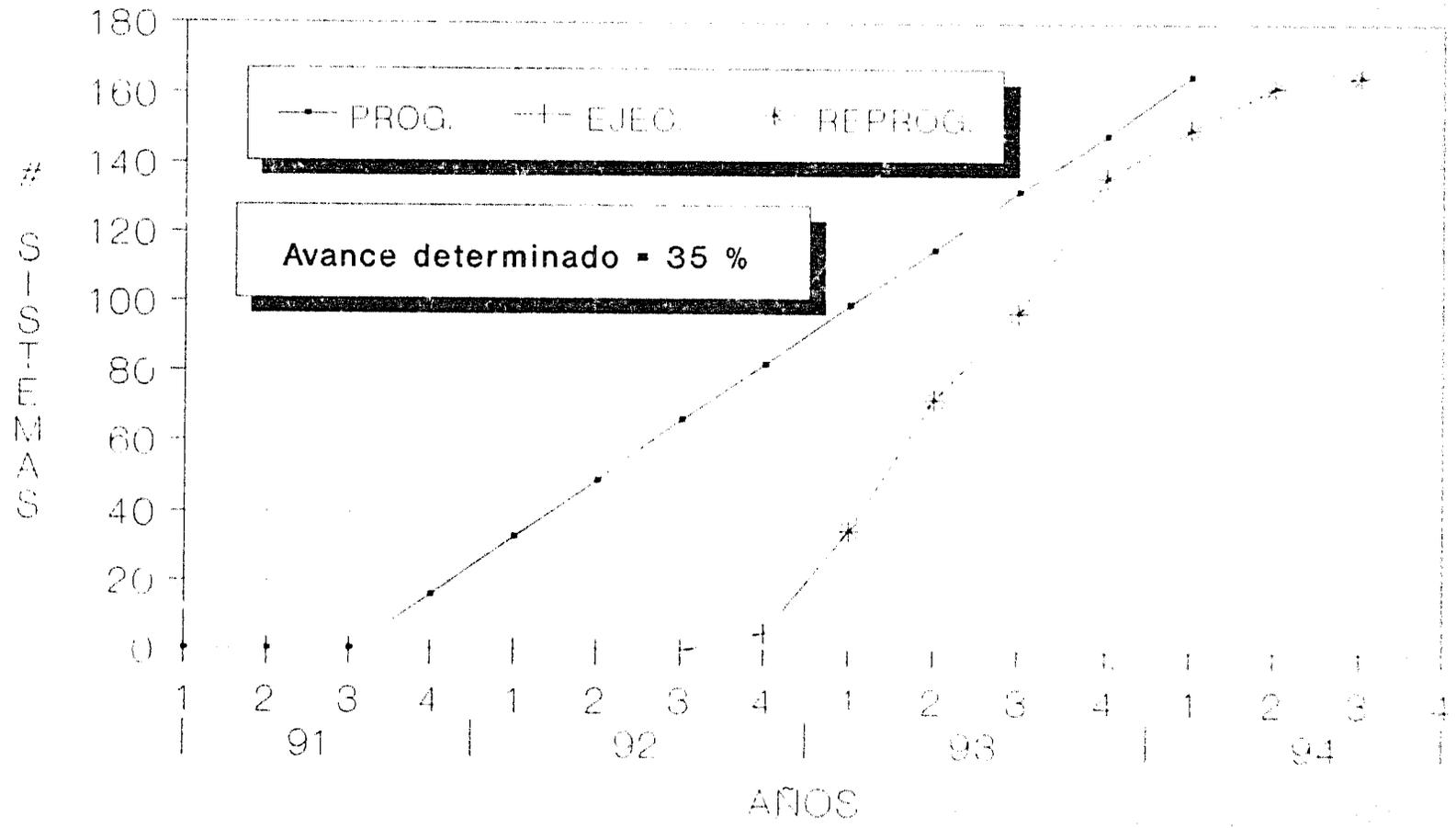
DESCRIPCION	NUMERO DE TRABAJOS			AVANCE EN %
	TOTAL	META	EJECUCION	
Diseños aprobados	165	165	66	40.0
Sistemas de agua potable	165	99	35	35.0
Letrinas con sello de agua	8231	5280	3344	63.0

CUADRO 4.4

AVANCE DE TRABAJOS DE AGUA POTABLE EN LAS TRES REGIONALES

DESCRIPCION	NUMERO DE TRABAJOS			AVANCE EN %
	TOTAL	META	EJECUCION	
CHUQUISACA-COCHABAMBA				
Diseños aprobados	45	45	17	37.8
Sistemas de agua potable nuevos	45	27	11	40.7
ALTIPLANO				
Diseños aprobados	64	64	24	37.5
Sistemas de agua potable nuevos	64	32	11	34.4
LOS YUNGAS				
Diseños aprobados	56	56	25	44.6
Sistemas de agua potable nuevos	56	33	16	48.5

Figura No. 4.1  
**CONSTRUCCION SISTEMAS DE AGUA POTABLE  
 PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO PN20**



Fuente: Community Development Project  
 Fuente: Project Implementation Plan  
 Fuente: Taller de Autoevaluacion

BEST AVAILABLE

G-22

**Cuadro 4.5**

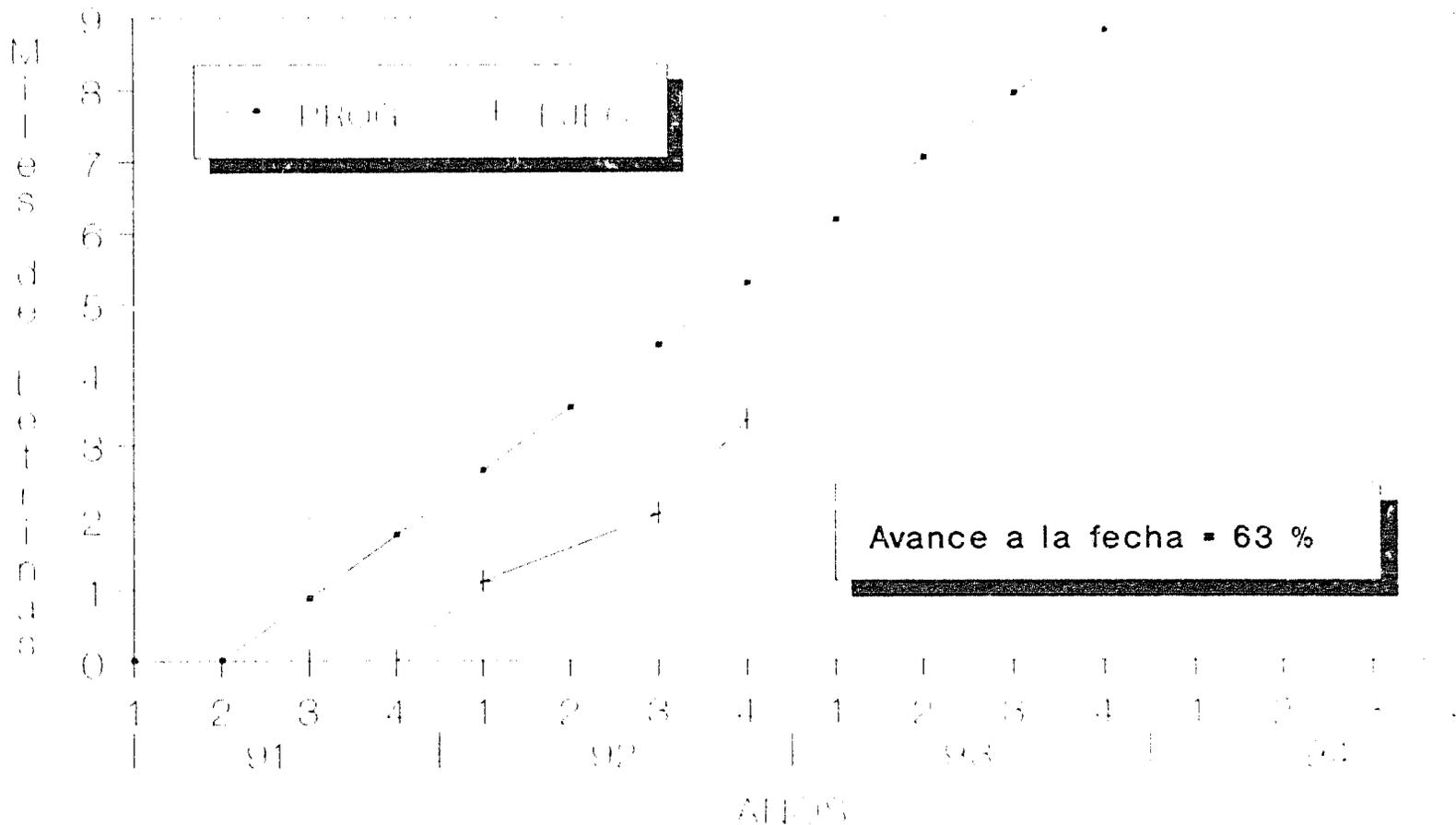
**COSTOS DE SISTEMAS DE AGUA POTABLE DEL PROYECTO PN 20**

COMUNIDAD	HAB. FUT.	COSTOS EN DOLARES DE LOS EUA				TOTAL	\$/hab
		OBRA C.	DT & S	AP. COM			
REGIONAL CHUQUISACA-COCHABAMBA							
Santa Ana	301	9587.5	1638.1	3434.5	14,660.1	48.7	
La Palca	190	6792.1	1638.1	3206.5	11,636.7	61.2	
Santa María	139	4499.9	1638.1	1692.7	7,830.8	56.3	
San Pedro	310	10770.4	1638.1	3018.7	15,427.3	49.8	
La Aguada	158	5908.7	1638.1	2532.6	10,079.0	63.8	
Marcapamba-Pte.	342	11164.1	1638.1	3834.9	16,637.0	48.6	
La Viña	478	7360.6	1638.1	4745.8	13,744.5	28.7	
Bella Vista	325	8184.8	1638.1	2799.1	12,621.9	38.8	
REGIONALES EL ALTIPLANO-LOS YUNGAS							
P. Villa/Tarila	304	8642.1	4330.0	7696.3	20,668.4	67.9	
El Palmar	242	9403.2	5070.0	6196.3	20,669.5	85.4	
Challana	555	11795.9	4330.0	7494.4	23,520.3	42.4	
Polopata	336	10369.4	3960.0	6055.3	20,384.7	60.7	
Trapiche Pte.	137	4692.0	3960.0	3904.0	12,556.0	91.6	
Jutilaya	307	9434.5	4330.0	4790.1	18,554.6	60.4	
Tilacoca	725	14654.3	5070.0	10148.1	29,872.4	41.2	
Carequina G.	235	9973.2	3220.0	8020.9	21,214.1	56.9	

DT & S Incluye sueldos y viáticos de Ingeniero, Albañil y Chofer y transporte de materiales.

# Figura No. 4.2 CONSTRUCCION DE LETRINAS PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO PN20

BEST AVAILABLE COPY

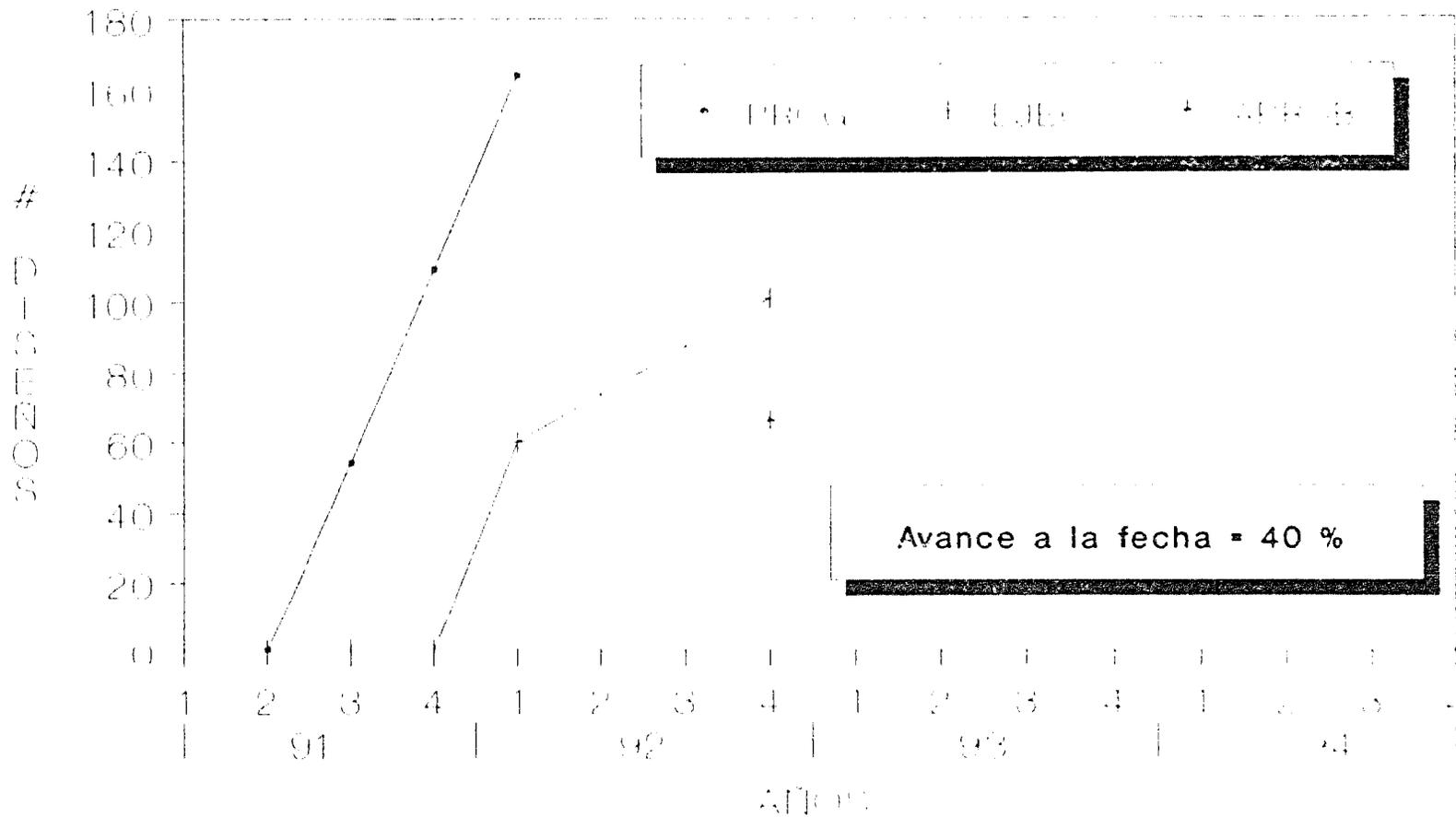


Fuente: Community Development Project  
Fuente: Project Implementation Plan  
Incluye 942 letrinas del Proyecto PN17

# Figura No. 4.3

## DISEÑO DE SISTEMAS DE AGUA POTABLE

### PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO PN20

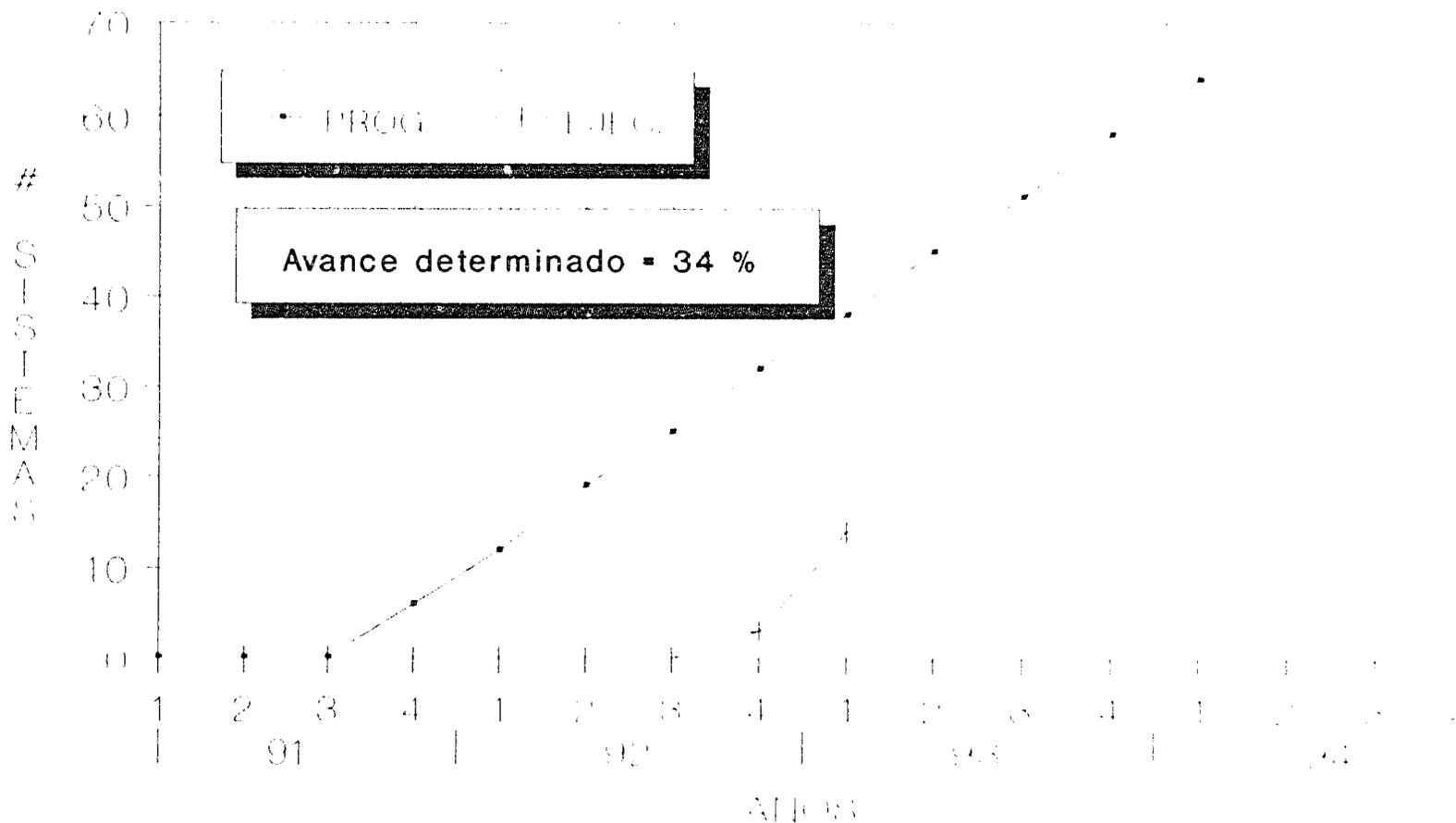


Fuente: Community Development Project  
 Fuente: Project Implementation Plan  
 Fuente: Taller de Autoevaluación

BEST AVAILABLE COPY

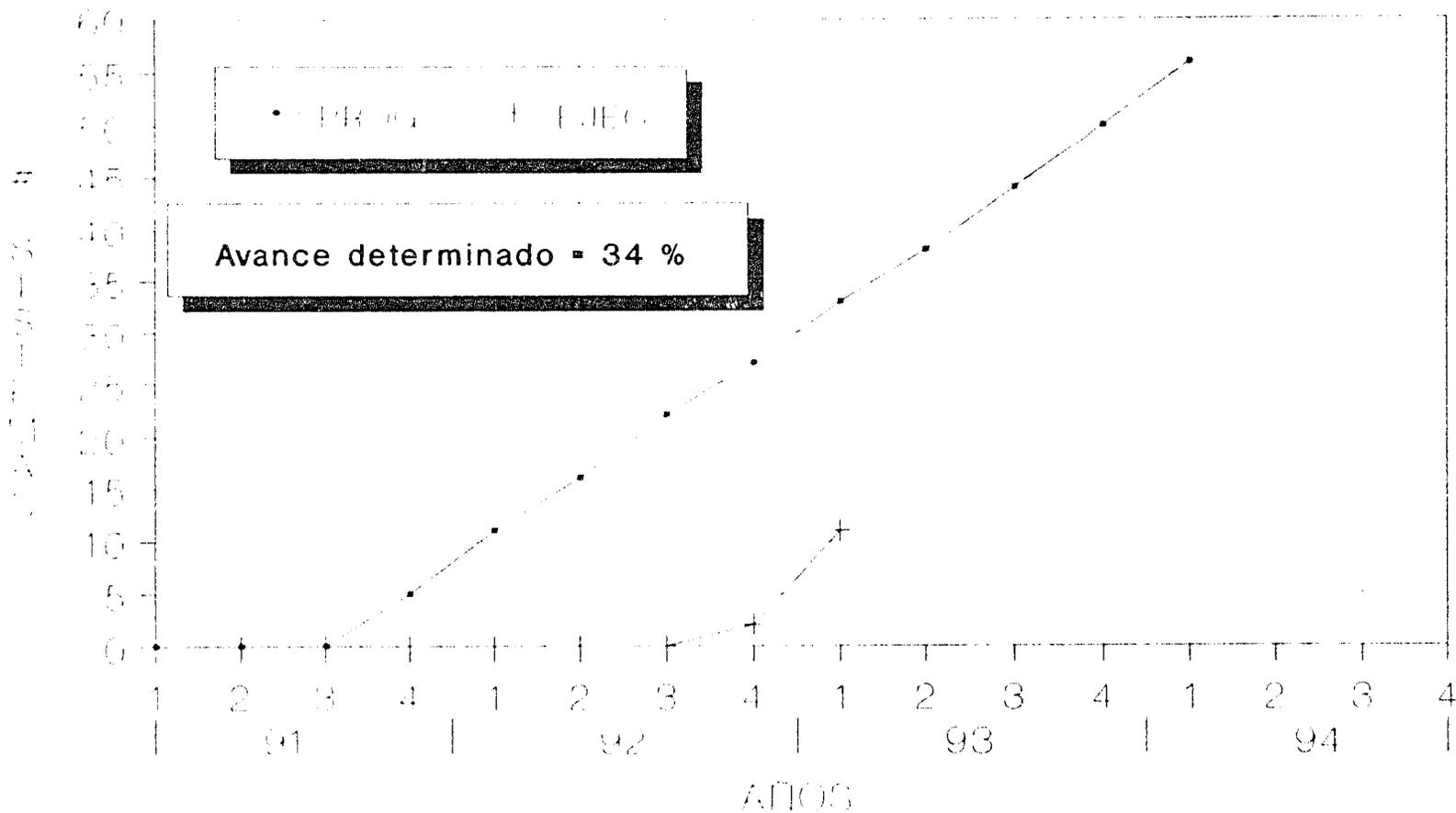
# Figura No. 4.4 CONSTRUCCION SISTEMAS DE AGUA POTABLE PROYECTO PN20: REGIONAL ALTIPLANO

BEST AVAILABLE COPY



Fuente: Community Development Project  
Fuente: Project Implementation Plan  
Fuente: Taller de Autoevaluación

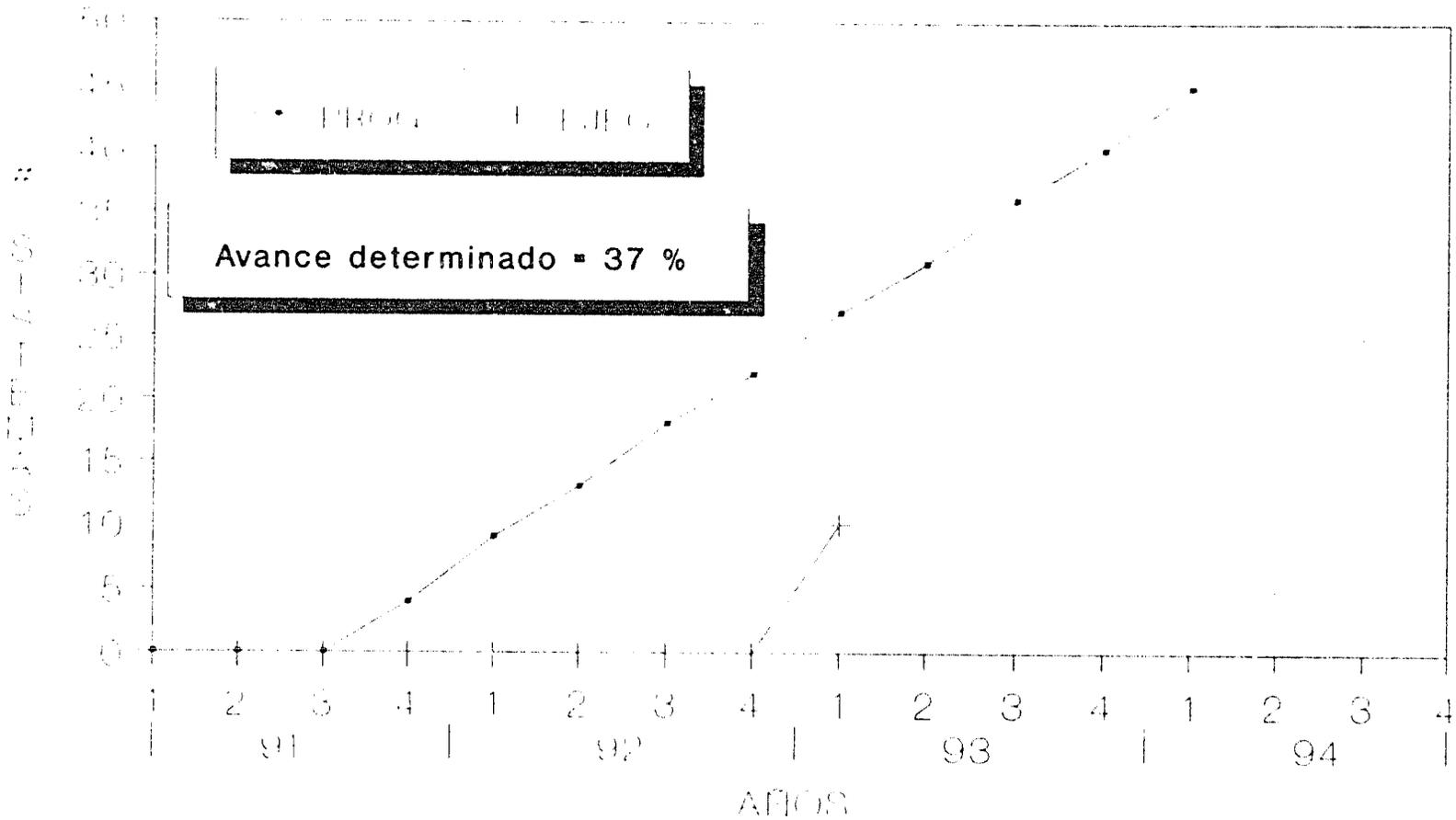
# Figura No. 4.5 CONSTRUCCION SISTEMAS DE AGUA POTABLE PROYECTO PN20: REGIONAL LOS YUNGAS



Fuente: Community Development Project  
 Fuente: Project Implementation Plan  
 Fuente: Taller de Autoevaluación

BEST AVAILABLE COPY

Figura No. 4.6  
**CONSTRUCCION SISTEMAS DE AGUA POTABLE  
 PROYECTO PN20: CHUQUISACA Y COCHABAMBA**

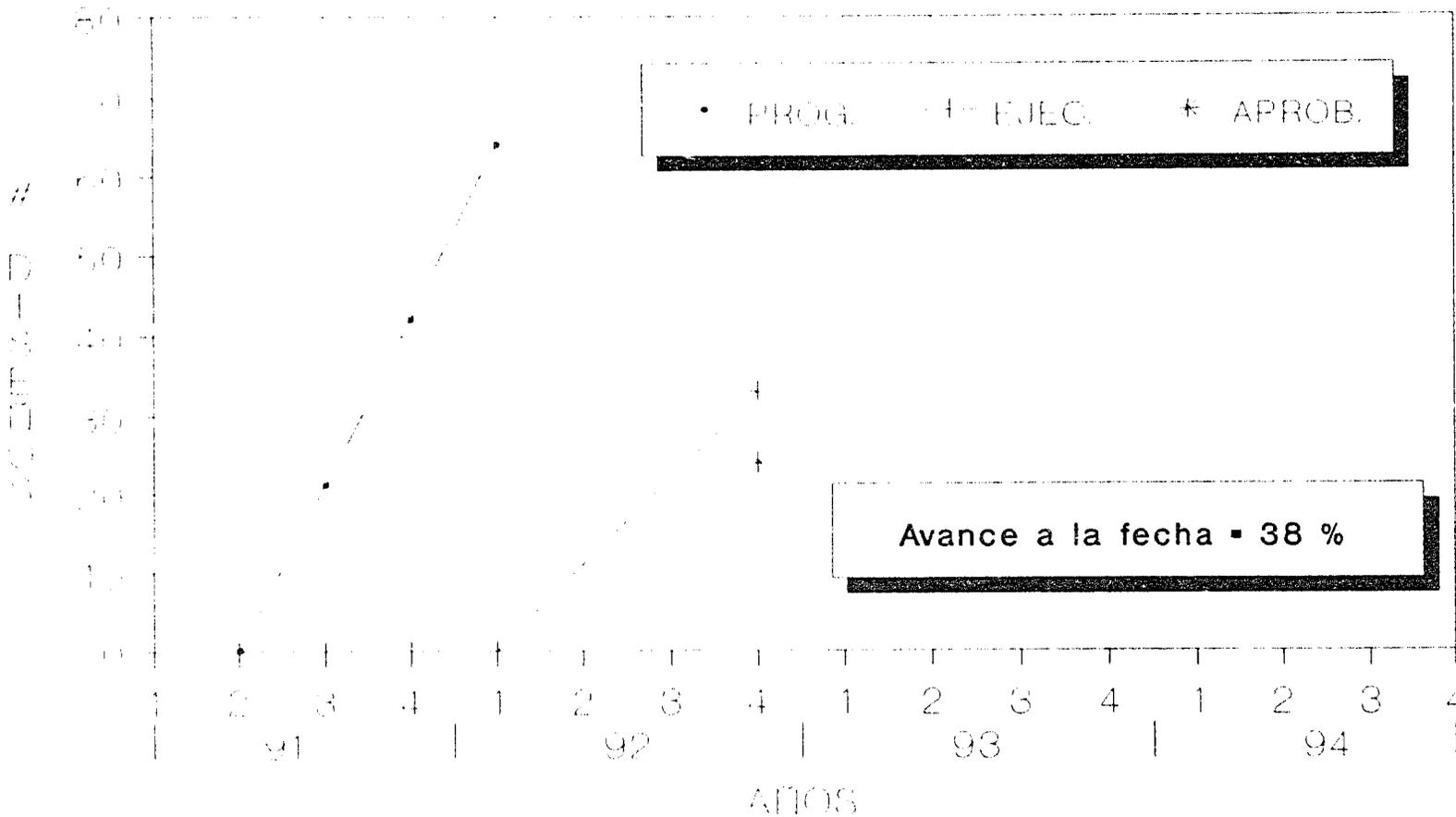


Fuente: Community Development Project  
 Fuente: Project Implementation Plan  
 Fuente: Taller de Autoevaluación

BEST AVAILABLE COPY

# Figura No. 4.7 DISEÑO DE SISTEMAS DE AGUA POTABLE PROYECTO PN20: REGIONAL EL ALTIPLANO

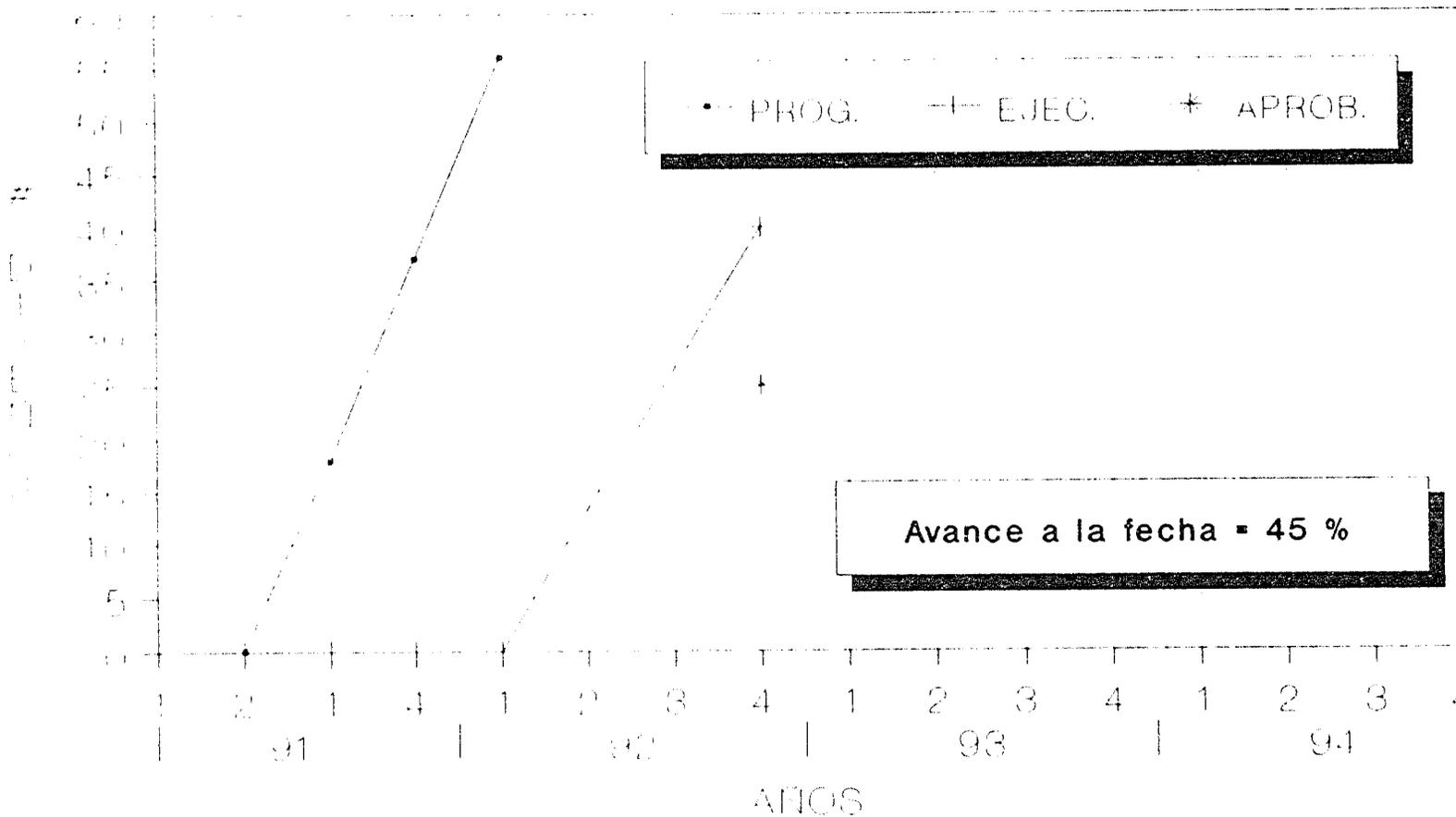
BEST AVAILABLE COPY



Fuente: Community Development Project  
Fuente: Project Implementation Plan  
Fuente: Taller de Autoevaluación

111

# Figura No. 4.8 DISEÑO DE SISTEMAS DE AGUA POTABLE PROYECTO PN20: REGIONAL LOS YUNGAS



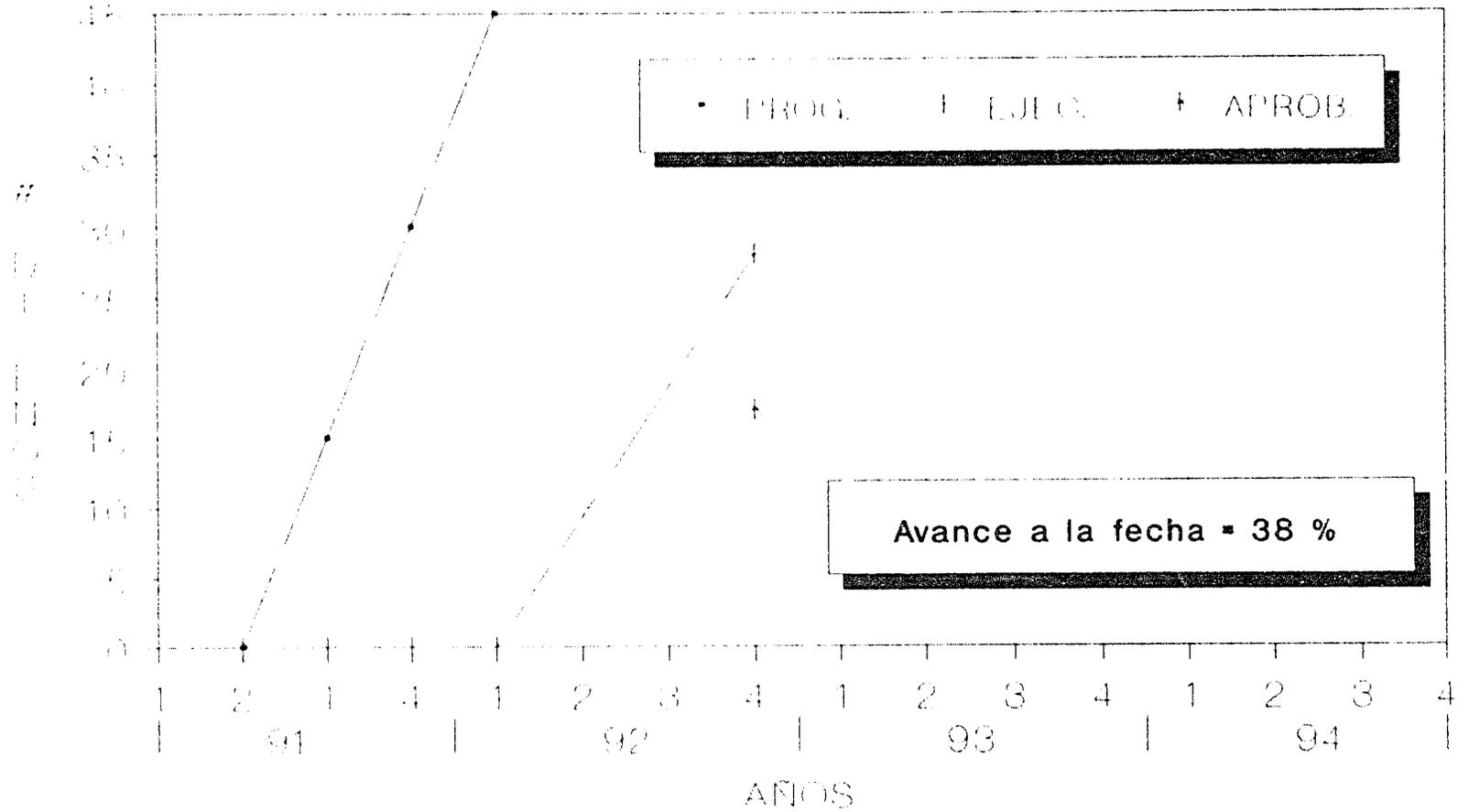
Fuente: Community Development Project  
 Fuente: Project Implementation Plan  
 Fuente: Taller de Auto-evaluación

BEST AVAILABLE COPY

# Figura No. 4.9

## DISEÑO DE SISTEMAS DE AGUA POTABLE

### PROYECTO PN20: REGIONAL CHUQUIBAMBA



Fuente: Community Development Project  
 Fuente: Project Implementation Plan  
 Fuente: Taller de Autoevaluación

Figura 4.10  
PROYECTO PN-20: COSTO UNITARIO  
DE SISTEMAS DE AGUA POTABLE RURAL

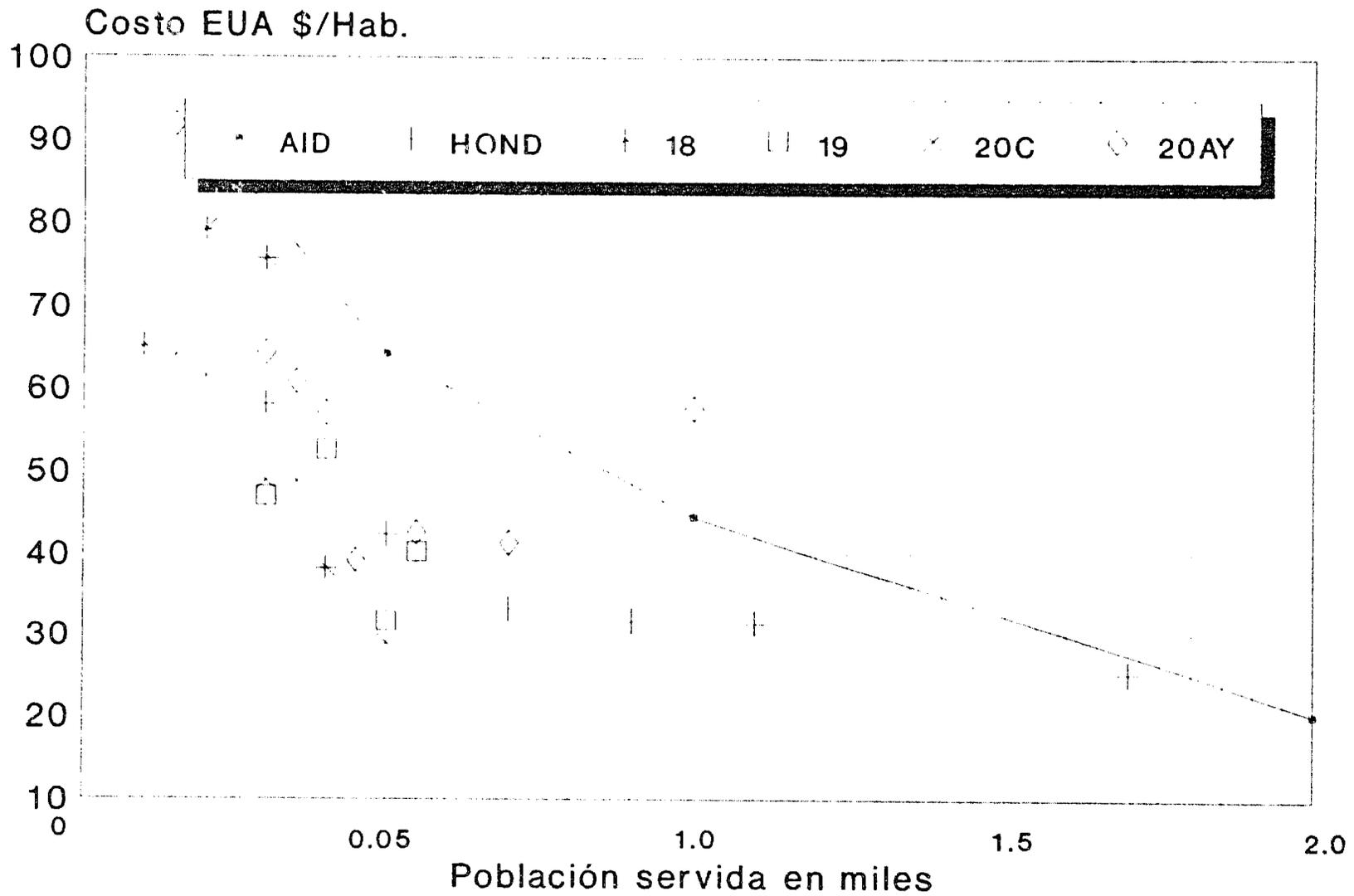
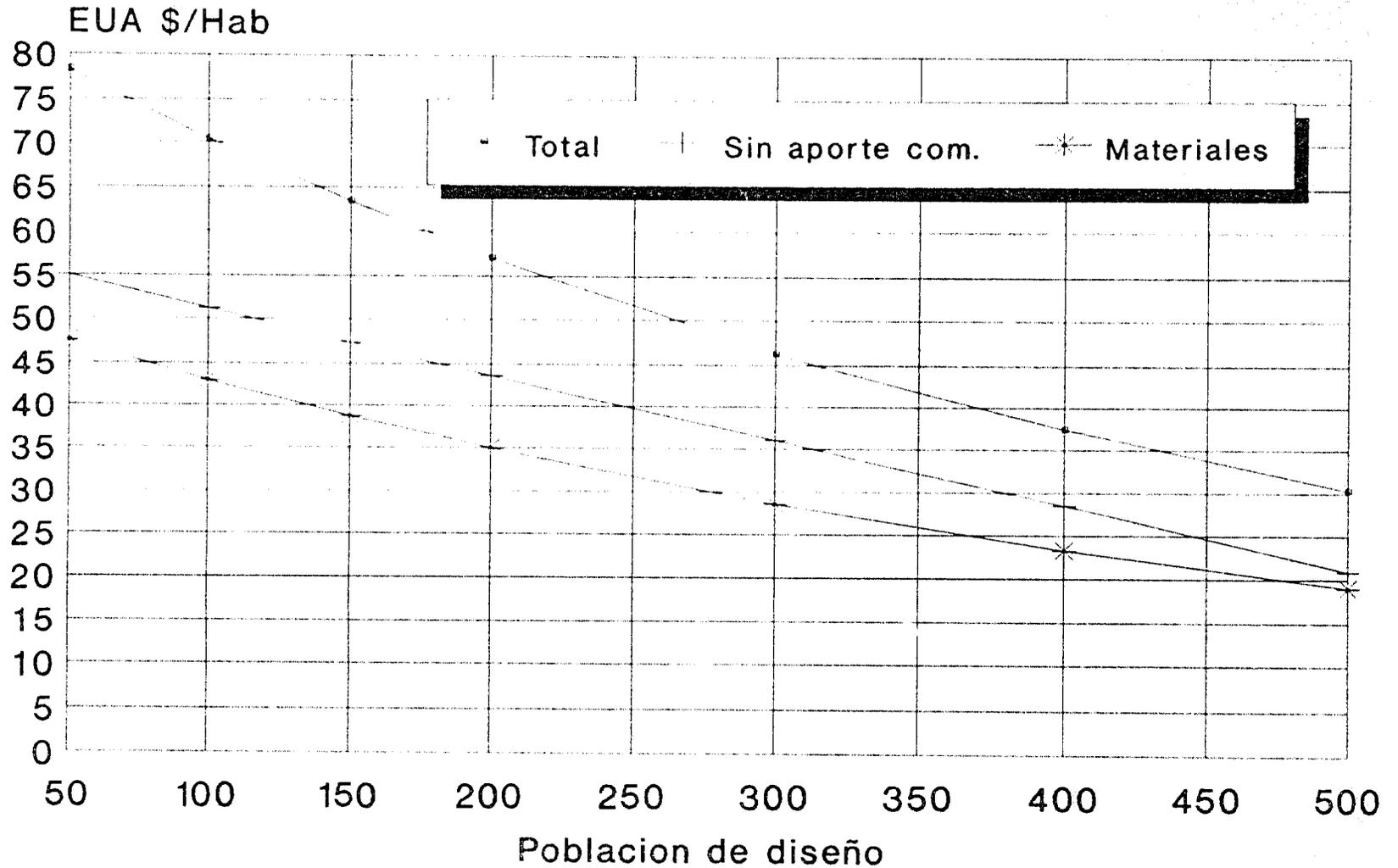
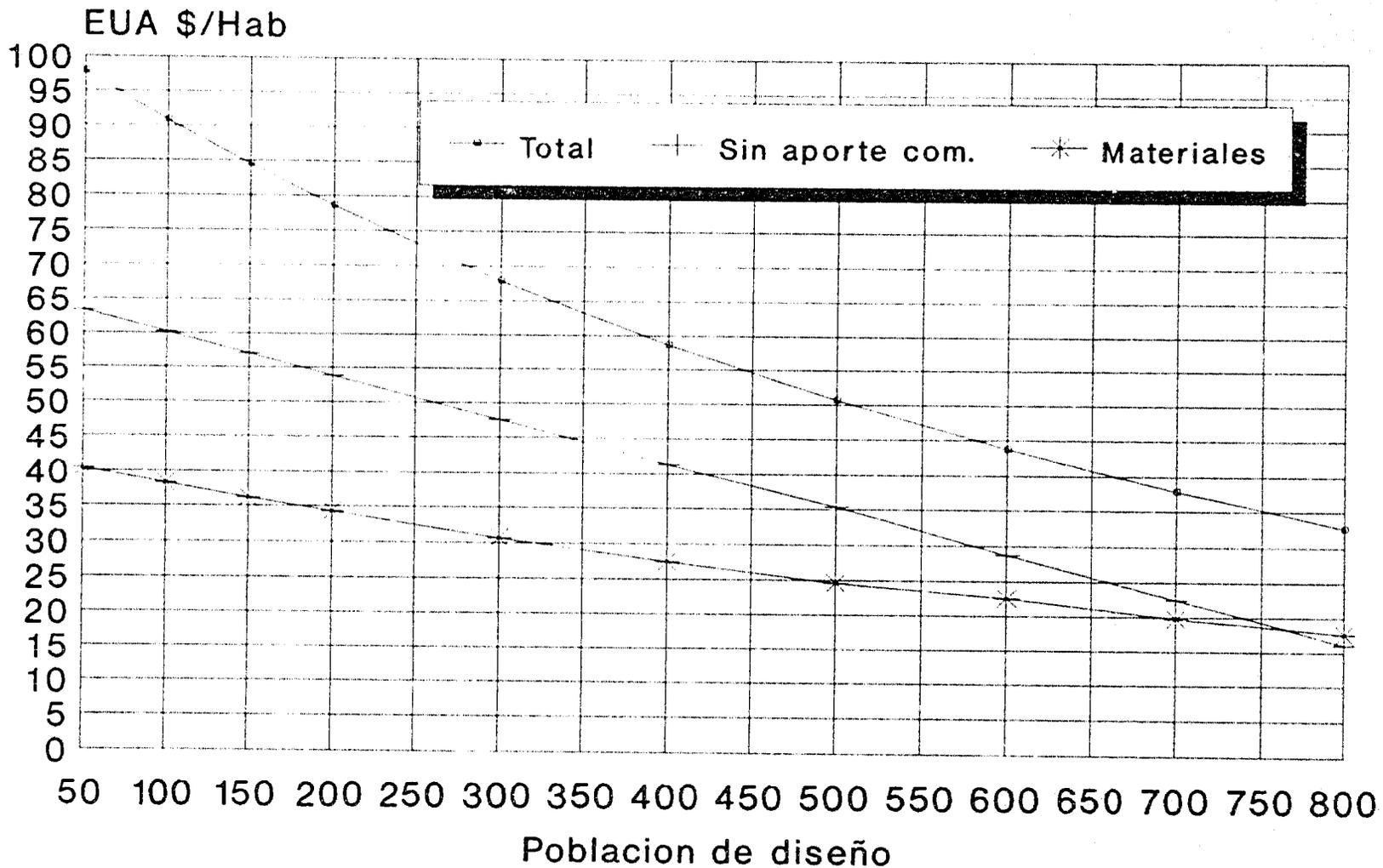


Figura 4.11  
COSTOS UNITARIOS DE SISTEMAS DE AGUA  
EN CHUQUISACA- COCHABAMBA



G-32

Figura 4.12  
**COSTOS UNITARIOS DE SISTEMAS DE AGUA  
 EN EL ALTIPLANO - LOS YUNGAS**



CARE - BOLIVIA  
 ORGANIGRAMA PN - 20

GERARDO ROMERO  
 GERENTE PN-20

MIRTHA CAMACHO  
 SECRETARIA

JOSEPH HARKVIC  
 ASES. SANIEM.

M. VANDENBROUCKE  
 ASES. SALUD

E. RODRIGUEZ  
 AS. EDUCACION

C. ARAMAYO  
 M I S

MARTEA MEAVE  
 SGTE. ALTIP. LP

VICTOR RICO  
 SGTE. YONGAS LP

JHONNY REYES  
 SGTE. CHUQ/COCEAB.

MARTEA BIRBOET  
 SECRETARIA

D. ARCIENEGA  
 SECRETARIA

SCOTT TOBIAS  
 ENC. INGENIERIA

M. SANTIABAN  
 PROJ. PILOTO

A. GONZALES  
 AT. SOCIAL

J. ROMERO  
 AT. SALUD

R. SILVA  
 AGRONOMO

J. PONCE  
 AT AGUA

G. RAMIREZ  
 AT SALUD

M. INDABURU  
 AGRONOMO

P. ORTIZ  
 AT. SOCIAL

S. URIA  
 AT AGUA

J. REYES  
 AT AGUA

C. NIÑA  
 AGRONOMO

A. PORCEL  
 AT SOCIAL

AMUSQUIVAR  
 AT SALUD

SUPERVISORES

SUPERVIS.

CHOPER

ALBAÑIL

SUPERVI.

CHOPER

TOPOGRA.

ALBAÑIL

SUPERVISO.

CHOPER

T-H

ANEXO I - CUADROS FINANCIEROS

TABLE 7.1 - APPROVED LIFE OF PROJECT (LOP) FINANCIAL PLAN, APRIL 1991 - MARCH 1995  
(\$US 000's, excluding in-kind contributions)

CASH INPUTS (Source: Logical Framework)

OPERATING BUDGET	HEALTH	WATER	SANITATION	AGRICULTURE PRODUCTION	COMMUNITY ORGANIZATION	CARE LA PAZ	CARE NEW YORK	TOTAL	PERCENT
PERSONNEL & OPERATIONS	?	?	?	?	?	0	0	3,431	36.6%
MATERIAL & EQUIPMENT	?	?	?	?	?	0	0	3,932	42.0%
TRAINING	?	?	?	?	?	0	0	122	1.3%
TECHNICAL ASSISTANCE	?	?	?	?	?	0	0	92	1.0%
LA PAZ SUPPORT	?	?	?	?	?	747	0	747	8.0%
EVALUATION & AUDITS	?	?	?	?	?	0	0	200	2.1%
CONTIN-GENCIES	?	?	?	?	?	0	0	322	3.4%
CARE NY OVERHEAD	?	?	?	?	?	0	519	519	5.5%
TOTAL	1,213	4,096	976	1,250	564	747	519	9,365	100.0%
PERCENT	13.0%	43.7%	10.4%	13.3%	6.0%	8.0%	5.5%	100.0%	

Source: CARE Community Development Project Grant Agreement, less \$52,000 reduction in ESF funds for water equipment.

TABLE 7.2 - FINANCIAL REPORT  
PROJECT 511-818-000-1124-00  
FROM INCEPTION TO DECEMBER 1992  
COUNTRY: BOLIVIA PH: 26

CONTRIBUTION						COUNTERPART CONTRIBUTION (CASH ESF-CORPS-COMMUNITIES)					
PROJECT BUDGET	LIFE OF PROJECT TOTAL APPROVED BUDGET	CURRENT YEAR APPROVED BUDGET	FUNDS RECEIVED TO DATE AS FROM INCEPTION	FUNDS EXPENDED TO DATE AS OF FROM INCEPTION	BALANCE AVAILABLE TO THIS YEAR (1 - 4)	PROJECT BUDGET	LIFE OF PROJECT TOTAL APPROVED BUDGET	CURRENT YEAR APPROVED BUDGET	FUNDS RECEIVED TO DATE AS FROM INCEPTION	FUNDS EXPENDED TO DATE AS OF FROM INCEPTION	BALANCE AVAILABLE TO THIS YEAR (1 - 4)
	1	2	3	4	(1 - 4)		1	2	3	4	(1 - 4)
GRANT						GRANT					
Element						Element					
Personal And Operations	2,421,000	1,114,500	1,114,500	1,124,400	1,306,592	Personal And Operations (DIFEM)	1,000,000	179,040	58,296	160,362	839,636
						Material and Equipment (Corps.)	763,000	199,311	580,000	333,744	429,256
						Material and Equipment (Comm.)	195,000	49,000	78,706	0	195,000
						Material and Equipment (ESF-DIFEM)	406,000	111,767	7,250	7,244	398,756
Material And Equipment	2,357,000	1,518,000	1,497,007	1,407,914	1,159,086		1,365,000	360,078	765,956	340,988	1,024,012
Training	100,000	24,000	41,282	23,250	98,740						
Technical Assistance	90,000	44,749	37,559	26,897	65,103						
La Paz Support	147,000	247,000	296,000	295,499	441,501						
Evaluation Audits	200,000	11,000	11,000	11,000	189,000						
Contingencies	220,000	100,000	100,000		322,000						
Un. Overhead	812,000	270,000	270,000	235,542	293,458						
TOTALS	3,400,000	2,277,249	2,224,848	2,124,520	3,875,480	TOTALS	2,365,000	539,118	824,252	501,350	1,863,650

a) En el presupuesto aprobado en la propuesta para material y Equipo (DIFEM), ha sido modificado de acuerdo al número de comunidades en Cochabamba.

b) En el presupuesto del DIFEM para el presupuesto fue de 1,414,500 respecto a los fondos recibidos del donante. Existe mucho retraso en desembolsos.

c) El ajuste de las contingencias se incrementa en \$ 111,000, respecto al presupuesto aprobado en la propuesta.

d) Las correcciones del presupuesto aprobado reflejan las correcciones aprobadas en la propuesta, a excepción de lo mencionado en el punto a).

TOTAL AID CONTRIBUTION AND COUNTERPART CONTRIBUTION (CAREF-2099-COMMUNITIES)

PROJECT BUDGET	LIFE OF PROJECT TOTAL APPROVED BUDGET	CURRENT YEAR APPROVED BUDGET	FUNDS RECEIVED TO DATE AS FROM INCEPTION	FUNDS EXPENDED TO DATE AS OF FROM INCEPTION
	(1+1)	(2+2)	(3+3)	(4+4)
GRANT Element				
Personel And Operations	3,431,000	1,253,540	1,172,795	1,284,770
Material And Equipment	3,932,000	1,658,737	2,259,563	1,748,902
Training	122,000	34,092	41,282	23,260
Technical Assistance	92,000	44,747	37,559	28,877
La Paz Support	747,000	297,000	295,900	305,499
Evaluation Audits	200,000	11,000	11,000	11,000
Contingencies	322,000	10,000	10,000	0
Int. Overhead	519,000	230,000	230,000	225,542
TOTALS	9,755,000	3,789,118	4,059,100	3,628,870

BEST AVAILABLE

TABLE 7.3 - PROJECT EXPENDITURES AND BALANCES THROUGH DECEMBER 1992  
(\$US 000's, excluding in-kind contributions)

AID CONTRIBUTION

INPUT	APPROVED BUDGET	TOTAL EXPENDED	PERCENT EXPENDED	BALANCE
PERSONNEL & OPERATIONS	2,431	1,124	46.2%	1,307
MATERIAL & EQUIPMENT	2,557	1,406	54.9%	1,159
TRAINING	122	23	18.9%	99
TECHNICAL ASSISTANCE	92	27	29.3%	65
LA PAZ SUPPORT	747	306	41.0%	441
EVALUATION & AUDITS	200	11	5.5%	189
CONTINGENCIES	322	0	0.0%	322
CARE NY OVERHEAD	519	226	43.5%	293
TOTAL	7,000	3,126	44.6%	3,875

Source: TABLE 7.2 (CARE Financial Report)

TABLE 7.3 - Continued

DIFEM CONTRIBUTION

INPUT	APPROVED BUDGET	TOTAL EXPENDED	PERCENT EXPENDED	BALANCE
PERSONNEL & OPERATIONS	1,000	160	16.0%	840
MATERIAL & EQUIPMENT	405	7	1.7%	399
TOTAL	1,406	167	11.9%	1,239

Source: TABLE 7.2 (CARE Financial Report)

CORPORATIONS CONTRIBUTION

INPUT	APPROVED BUDGET	TOTAL EXPENDED	PERCENT EXPENDED	BALANCE
MATERIAL & EQUIPMENT	769	334	43.8%	429
TOTAL	769	334	43.8%	429

Source: TABLE 7.2 (CARE Financial Report)

COMMUNITY CONTRIBUTION

INPUT	APPROVED BUDGET	TOTAL EXPENDED	PERCENT EXPENDED	BALANCE
MATERIAL & EQUIPMENT	196	0	0.0%	196
TOTAL	196	0	0.0%	196

Source: TABLE 7.2 (CARE Financial Report)

CARE Internacional en Bolivia  
 Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20  
 Evaluación Externa de Medio Tiempo

FORMULARIO S-1: CONSOLIDACION DE DATOS DE LOS CARNET DE SALUD INFANTIL

Zona de Trabajo: Global Comunidad: N = 38  
 Tabulador: Jim Becht Fecha: 21/02/1993

Zona 1 = 14  
 Zona 2 = 13  
 Zona 3 = 11

NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD FECHA DE NACIMIENTO: entre 2/91 y 1/92

Total población de niños de 12 a 23 meses de edad = 328 <

A. RECOPIACION DE DATOS: VACUNACION

TIPO DE VACUNA	RECIBIDO ENTRE 0 Y 11 MESES	RECIBIDO ENTRE 12 Y 23 MESES	TODAVIA NO LO HA RECIBIDO	TOTAL NIÑOS
BCG	180	76	54	310
POLIO-3	89	95	126	310
DPT-3	86	97	127	310
SARAMPION (9 < meses)	120	92	98	310
ESQUEMA COMPLETO	60	96	154	310

B. ANALISIS DE DATOS: VACUNACION

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} = \frac{310}{328} \times 100 = \underline{94.5\%}$$

TASA DE CUMPLIMIENTO SEGUN LA NORMA:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados antes de cumplir un año}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

$$\text{BCG: } \frac{190}{310} \times 100 = \underline{61.3\%}$$

$$\text{Polio-3: } \frac{99}{310} \times 100 = \underline{31.9\%}$$

$$\text{DPT-3: } \frac{86}{310} \times 100 = \underline{27.7\%}$$

$$\text{Sarampión: } \frac{120}{310} \times 100 = \underline{38.7\%}$$

$$\text{Esquema Completo: } \frac{60}{310} \times 100 = \underline{19.4\%}$$

TASA DE PROTECCION ACTUAL:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

$$\text{BCG: } \frac{256}{310} \times 100 = \underline{82.6\%}$$

$$\text{Polio-3: } \frac{184}{310} \times 100 = \underline{59.4\%}$$

$$\text{DPT-3: } \frac{183}{310} \times 100 = \underline{59.0\%}$$

$$\text{Sarampión: } \frac{212}{310} \times 100 = \underline{68.4\%}$$

$$\text{Esquema Completo: } \frac{156}{310} \times 100 = \underline{50.3\%}$$

COBERTURA GENERAL DE VACUNACION:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} \times 100$$

$$\text{BCG: } \frac{256}{328} \times 100 = \underline{78.0\%}$$

$$\text{Polio-3: } \frac{184}{328} \times 100 = \underline{56.1\%}$$

$$\text{DPT-3: } \frac{183}{328} \times 100 = \underline{55.8\%}$$

$$\text{Sarampión: } \frac{212}{328} \times 100 = \underline{64.6\%}$$

$$\text{Esquema Completo: } \frac{156}{328} \times 100 = \underline{47.6\%}$$

C. RECOPIACION DE DATOS: VIGILANCIA Y PROMOCION DEL CRECIMIENTO

PATRONES DE CRECIMIENTO DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES

ESTADO NUTRICIONAL AL COMIENZO	GANANCIA ADECUADA DE PESO	SIN GANANCIA DE PESO	PERDIDA DE PESO	UN SOLO CONTROL DE PESO	TOTAL NIÑOS
NORMAL	186	45	12	11	254
DESNUTRIDO	41	6	3	3	53
TOTAL NIÑOS	227	51	15	14	307
PORCENTAJE	77.5%	17.4%	5.1%	—	100.0

PATRONES DE CONTROL DE PESO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES

NUMERO DE CONTROLES	PRIMER CONTROL 0 - 5 MESES	PRIMER CONTROL 6 - 23 MESES	TOTAL NIÑOS	POR-CENTAJE
1	1	15	16	5.2%
2	3	11	14	4.6%
3	1	17	18	5.9%
4	2	21	23	7.5%
5	8	20	28	9.1%
6	11	16	27	8.8%
7	10	15	25	8.1%
8	15	20	35	11.4%
9	20	16	36	11.7%
10	8	19	27	8.8%
11	15	17	32	10.4%
12 <del>o más</del>	13	13	26	8.5%
TOTAL	107	200	307	100.0
PORCENTAJE	34.9%	65.1%	100.0	

172

D. ANALISIS DE DATOS: PATRONES DE CRECIMIENTO

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} = \frac{307}{328} \times 100 = 93.6\%$$

PROMEDIO DE CONTROLES POR NIÑO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES:

$$\frac{(N_1 \cdot 1) + (N_2 \cdot 2) + (N_3 \cdot 3) + (N_4 \cdot 4) + \dots + (N_{12} \cdot 12)}{\text{Número total de niños controlados}} = \frac{205}{307} = 7.2$$

Porcentaje de niños controlados con 6 ó más controles = 67.8 %

E. CONTROL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS (SEGUN CUADERNO)

Datos de las Zonas: solamente.

PORCENTAJE DE MUJERES REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de mujeres de 15 a 49 años registradas}}{\text{Total población de mujeres de 15 a 49 años}} = \frac{1087}{?} = ?$$

VACUNACION CON TT ó DT: Comunidades = 20 ; Mujeres = 1055

Número de mujeres con 0 dosis	<u>340</u>	; porcentaje de registradas	<u>32.2</u> %
Número de mujeres con 2 ≤ dosis	<u>443</u>	; porcentaje de registradas	<u>42.0</u> %
Número de mujeres con 3 ≤ dosis	<u>300</u>	; porcentaje de registradas	<u>28.4</u> %

CONTROL PRE-NATAL (CPN) Y DE PARTOS: Comunidades = 19 ; Mujeres = 887

Número de partos registrados en los últimos doce meses:           

Número de ~~parturientas~~ <sup>parturientas</sup> con 1s CPN           ; porcentaje            %

Número de recién nacidos registrados en los últimos doce meses:           

Número de embarazadas detectadas en los últimos doce meses: 106

Antes de los seis meses            Después de los cinco meses           

Número de embarazadas con 1s CPN 21; porcentaje 19.8 %

Número de embarazadas tomando FeSO<sub>4</sub> 32; porcentaje 30.2 %

CARE Internacional en Bolivia  
 Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20  
 Evaluación Externa de Medio Tiempo

FORMULARIO S-1: CONSOLIDACION DE DATOS DE LOS CARNET DE SALUD INFANTIL

Zona # 1:

Altiplano = 9

Zona de Trabajo: Altiplano - Sorata

Comunidad: 11-14

Sorata = 6

Tabulador: Jim Peck

Fecha: 10/02 1993

NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD

FECHA DE NACIMIENTO: entre 2/91 y 1/92

Total población de niños de 12 a 23 meses de edad = 137

A. RECOPIACION DE DATOS: VACUNACION

TIPO DE VACUNA	RECIBIDO ENTRE 0 Y 11 MESES	RECIBIDO ENTRE 12 Y 23 MESES	TODAVIA NO LO HA RECIBIDO	TOTAL NIÑOS
BCG	48	46	32	126
POLIO-3	19	30	77	126
DPT-3	18	31	77	126
SARAMPION (9 ≤ meses)	39	41	46	126
ESQUEMA COMPLETO	13	28	85	126

B. ANALISIS DE DATOS: VACUNACION

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} \times 100 = \frac{126}{137} \times 100 = 92.0$$

TASA DE CUMPLIMIENTO SEGUN LA NORMA:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados antes de cumplir un año}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

$$\text{BCG: } \frac{48}{126} \times 100 = 38.1$$

$$\text{Polio-3: } \frac{19}{126} \times 100 = 15.1$$

$$\text{DPT-3: } \frac{18}{126} \times 100 = 14.3$$

$$\text{Sarampión: } \frac{39}{126} \times 100 = 31.0$$

$$\text{Esquema Completo: } \frac{12}{126} \times 100 = 10.3$$

TASA DE PROTECCION ACTUAL:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

$$\text{BCG: } \frac{94}{126} \times 100 = 74.6$$

$$\text{Polio-3: } \frac{49}{126} \times 100 = 38.9$$

$$\text{DPT-3: } \frac{49}{126} \times 100 = 38.9$$

$$\text{Sarampión: } \frac{80}{126} \times 100 = 63.5$$

$$\text{Esquema Completo: } \frac{41}{126} \times 100 = 32.5$$

COBERTURA GENERAL DE VACUNACION:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} \times 100$$

$$\text{BCG: } \frac{94}{137} \times 100 = 68.6$$

$$\text{Polio-3: } \frac{49}{137} \times 100 = 35.8$$

$$\text{DPT-3: } \frac{49}{137} \times 100 = 35.8$$

$$\text{Sarampión: } \frac{80}{137} \times 100 = 58.4$$

$$\text{Esquema Completo: } \frac{41}{137} \times 100 = 29.9$$

176

C. RECOPIACION DE DATOS: VIGILANCIA Y PROMOCION DEL CRECIMIENTO

PATRONES DE CRECIMIENTO DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES

ESTADO NUTRICIONAL AL COMIENZO	GANANCIA ADECUADA DE PESO	SIN GANANCIA DE PESO	PERDIDA DE PESO	UN SOLO CONTROL DE PESO	TOTAL NIÑOS
NORMAL	84	10	5	6	102
DESNUTRIDO	19	2	-	2	23
TOTAL NIÑOS	103	12	2	8	125
PORCENTAJE	88.0 %	10.3 %	1.7 %	-	100.0

81.

18.

PATRONES DE CONTROL DE PESO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES

NUMERO DE CONTROLES	PRIMER CONTROL 0 - 5 MESES	PRIMER CONTROL 6 - 23 MESES	TOTAL NIÑOS	POF-CENTAJE
1	1	7	8	6.4 %
2	-	5	5	4.0 %
3	-	12	12	9.6 %
4	1	14	15	12.0 %
5	3	12	15	12.0 %
6	1	4	5	4.0 %
7	4	7	11	8.8 %
8	3	5	8	6.4 %
9	3	9	12	9.6 %
10	2	4	6	4.8 %
11	7	7	14	11.2 %
12 <del>y más</del>	3	11	14	11.2 %
TOTAL	28	97	125	100.0
PORCENTAJE	22.4 %	77.6 %	100.0	

D. ANALISIS DE DATOS: PATRONES DE CRECIMIENTO

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados } 125}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses } 137} \times 100 = 91.2 \%$$

PROMEDIO DE CONTROLES POR NIÑO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES:

$$\frac{(N_1 \cdot 1) + (N_2 \cdot 2) + (N_3 \cdot 3) + (N_4 \cdot 4) + \dots + (N_{12} \cdot 12)}{\text{Número total de niños controlados } 125} = \frac{850}{125} = 6.8$$

Porcentaje de niños controlados con 6 ó más controles = 56.0 %

E. CONTROL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS (SEGUN CUADERNO)

PORCENTAJE DE MUJERES REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de mujeres de 15 a 49 años registradas } 683}{\text{Total población de mujeres de 15 a 49 años } ?} = ?$$

VACUNACION CON TT ó DT: Comunidades = 11

Número de mujeres con 0 dosis 268; porcentaje de registradas 39.2 %  
 Número de mujeres con 2s dosis 194; porcentaje de registradas 28.4 %  
 Número de mujeres con 3s dosis 109; porcentaje de registradas 16.0 %

CONTROL PRE-NATAL (CPN) Y DE PARTOS: Comunidades = 9; Mujeres = 483

Número de partos registrados en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_

Número de <sup>parturientas</sup> ~~parturientas~~ con 1s CPN \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %

Número de recién nacidos registrados en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_

Número de embarazadas detectadas en los últimos doce meses: 36

Antes de los seis meses \_\_\_\_\_ Despues de los cinco meses \_\_\_\_\_

Número de embarazadas con 1s CPN 3; porcentaje 8.3 %

Número de embarazadas tomando FeSO<sub>4</sub> 8; porcentaje 22.2 %

180

CARE Internacional en Bolivia  
 Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20  
 Evaluación Externa de Medio Tiempo

FORMULARIO S-1: CONSOLIDACION DE DATOS DE LOS CARNET DE SALUD INFANTIL

Zona # 2: Chuquisaca = 2  
 Zona de Trabajo: Chuguibamba Comunidad: N = 13 Cochabamba = 11  
 Tabulador: Jim Becht Fecha: 7/02/1993

NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD FECHA DE NACIMIENTO: entre 2/91 y 1/92

Total población de niños de 12 a 23 meses de edad = 109

A. RECOPIACION DE DATOS: VACUNACION

TIPO DE VACUNA	RECIBIDO ENTRE 0 Y 11 MESES	RECIBIDO ENTRE 12 Y 23 MESES	TODAVIA NO LO HA RECIBIDO	TOTAL NIÑOS
BCG	85	8	7	102
POLIO-3	47	26	29	102
DPT-3	46	27	29	102
SARAMPION (9 meses)	53	20	29	102
ESQUEMA COMPLETO	35	31	36	102

B. ANALISIS DE DATOS: VACUNACION

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} = \frac{162}{102} \times 100 = 158.8\%$$

TASA DE CUMPLIMIENTO SEGUN LA NORMA:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados antes de cumplir un año}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

BCG:	$\frac{95}{102} \times 100 = 93.3\%$	Polio-3:	$\frac{47}{102} \times 100 = 46.1\%$
DPT-3:	$\frac{46}{102} \times 100 = 45.1\%$	Sarampión:	$\frac{53}{102} \times 100 = 52.0\%$
		Esquema Completo:	$\frac{35}{102} \times 100 = 34.3\%$

TASA DE PROTECCION ACTUAL:

$$\frac{\text{Numero de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

BCG:	$\frac{93}{102} \times 100 = 91.2\%$	Polio-3:	$\frac{72}{102} \times 100 = 71.6\%$
DPT-3:	$\frac{73}{102} \times 100 = 71.6\%$	Sarampión:	$\frac{73}{102} \times 100 = 71.6\%$
		Esquema Completo:	$\frac{46}{102} \times 100 = 44.7\%$

COBERTURA GENERAL DE VACUNACION:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} \times 100$$

BCG:	$\frac{93}{109} \times 100 = 85.3\%$	Polio-3:	$\frac{72}{109} \times 100 = 67.0\%$
DPT-3:	$\frac{73}{109} \times 100 = 67.0\%$	Sarampión:	$\frac{73}{109} \times 100 = 67.0\%$
		Esquema Completo:	$\frac{46}{109} \times 100 = 42.2\%$

102

C. RECOPIACION DE DATOS: VIGILANCIA Y PROMOCION DEL CRECIMIENTO

PATRONES DE CRECIMIENTO DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES

ESTADO NUTRICIONAL AL COMIENZO	GANANCIA ADECUADA DE PESO	SIN GANANCIA DE PESO	PERDIDA DE PESO	UN SOLO CONTROL DE PESO	TOTAL NIÑOS
NORMAL	54	18	6	1	79
DESNUTRIDO	14	4	3	1	22
TOTAL NIÑOS	68	22	9	2	101
PORCENTAJE	67.7 %	22.2 %	9.1 %	—	100.0

78.5

21.5

PATRONES DE CONTROL DE PESO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES

NUMERO DE CONTROLES	PRIMER CONTROL 0 - 5 MESES	PRIMER CONTROL 6 - 23 MESES	TOTAL NIÑOS	PORCENTAJE
1	-	3	3	3.0 %
2	2	4	6	5.9 %
3	-	3	3	3.0 %
4	1	4	5	5.0 %
5	1	2	3	3.0 %
6	6	7	13	12.9 %
7	4	4	8	7.9 %
8	7	10	17	16.8 %
9	15	4	19	18.8 %
10	3	9	12	11.9 %
11	6	3	9	8.9 %
12 <del>meses</del>	3	-	3	3.0 %
TOTAL	48	53	101	100.0
PORCENTAJE	47.5 %	52.5 %	100.0	

D. ANALISIS DE DATOS: PATRONES DE CRECIMIENTO

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} = \frac{101}{109} \times 100 = 92.7\%$$

PROMEDIO DE CONTROLES POR NIÑO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES:

$$\frac{(N_1 \cdot 1) + (N_2 \cdot 2) + (N_3 \cdot 3) + (N_4 \cdot 4) + \dots + (N_{12} \cdot 12)}{\text{Número total de niños controlados}} = \frac{555}{79} = 7.05$$

Porcentaje de niños controlados con 6 ó más controles = 90.2 %

E. CONTROL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS (SEGUN CUADERNO)

PORCENTAJE DE MUJERES REGISTRADAS:

$$\frac{\text{Número de mujeres de 15 a 49 años registradas}}{\text{Total población de mujeres de 15 a 49 años}} = \frac{-}{-} = -$$

VACUNACION CON TT ó DT:

Número de mujeres con 0 dosis \_\_\_\_\_; porcentaje de registradas \_\_\_\_\_ %  
Número de mujeres con 2s dosis \_\_\_\_\_; porcentaje de registradas \_\_\_\_\_ %  
Número de mujeres con 3s dosis \_\_\_\_\_; porcentaje de registradas \_\_\_\_\_ %

CONTROL PRE-NATAL (CPN) Y DE PARTOS:

Número de partos registrados en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_  
Número de parturientas con 1s CPN \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %  
Número de recién nacidos registrados en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_  
Número de embarazadas detectadas en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_  
Antes de los seis meses \_\_\_\_\_ Después de los cinco meses \_\_\_\_\_  
Número de embarazadas con 1s CPN \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %  
Número de embarazadas tomando FeSO<sub>4</sub> \_\_\_\_\_; porcentaje \_\_\_\_\_ %

104

CARE Internacional en Bolivia  
 Proyecto de Desarrollo Comunitario PN-20  
 Evaluación Externa de Medio Tiempo

FORMULARIO S-1: CONSOLIDACION DE DATOS DE LOS CARNET DE SALUD INFANTIL

Zona #3: Guanya = 3

Zona de Trabajo: Yungas - Guanya Comunidad: 1 = 11 Yungas = 5

Tabulador: Jim Barlet Fecha: 2/02/1993

NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD FECHA DE NACIMIENTO: entre 2/91 y 1/92

Total población de niños de 12 a 23 meses de edad = 82

A. RECOPIACION DE DATOS: VACUNACION

TIPO DE VACUNA	RECIBIDO ENTRE 0 Y 11 MESES	RECIBIDO ENTRE 12 Y 23 MESES	TODAVIA NO LO HA RECIBIDO	TOTAL NIÑOS
BCG	47	35	10	82
POLIO-3	22	39	20	82
DPT-3	22	39	21	82
SARAMPION (95 meses)	28	31	23	82
ESQUEMA COMPLETO	12	37	33	82

B. ANALISIS DE DATOS: VACUNACION

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} = \frac{82}{782} \times 100 = \underline{10.5}$$

TASA DE CUMPLIMIENTO SEGUN LA NORMA:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados antes de cumplir un año}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

BCG:  $\frac{47}{82} \times 100 = \underline{57.3}$

Polio-3:  $\frac{23}{82} \times 100 = \underline{28.0}$

DPT-3:  $\frac{22}{82} \times 100 = \underline{26.8}$

Sarampión:  $\frac{28}{82} \times 100 = \underline{34.1}$

Esquema Completo:  $\frac{12}{82} \times 100 = \underline{14.6}$

TASA DE PROTECCION ACTUAL:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados}} \times 100$$

BCG:  $\frac{69}{82} \times 100 = \underline{84.1}$

Polio-3:  $\frac{62}{82} \times 100 = \underline{75.6}$

DPT-3:  $\frac{61}{82} \times 100 = \underline{74.4}$

Sarampión:  $\frac{59}{82} \times 100 = \underline{72.0}$

Esquema Completo:  $\frac{49}{82} \times 100 = \underline{59.8}$

COBERTURA GENERAL DE VACUNACION:

$$\frac{\text{Número de niños vacunados entre 0 y 23 meses}}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses}} \times 100$$

BCG:  $\frac{69}{782} \times 100 = \underline{8.8}$

Polio-3:  $\frac{62}{782} \times 100 = \underline{7.9}$

DPT-3:  $\frac{61}{782} \times 100 = \underline{7.8}$

Sarampión:  $\frac{59}{782} \times 100 = \underline{7.5}$

Esquema Completo:  $\frac{49}{782} \times 100 = \underline{6.3}$

C. RECOPIACION DE DATOS: VIGILANCIA Y PROMOCION DEL CRECIMIENTO

PATRONES DE CRECIMIENTO DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES

ESTADO NUTRICIONAL AL COMIENZO	GANANCIA ADECUADA DE PESO	SIN GANANCIA DE PESO	PERDIDA DE PESO	UN SOLO CONTROL DE PESO	TOTAL NIÑOS
NORMAL	48	17	4	4	73
DESNUTRIDO	8	-	-	-	8
TOTAL NIÑOS	56	17	4	4	81
PORCENTAJE	72.7 %	22.1 %	5.2 %	-	100.0

90.  
9.9

PATRONES DE CONTROL DE PESO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES

NUMERO DE CONTROLES	PRIMER CONTROL 0 - 5 MESES	PRIMER CONTROL 6 - 23 MESES	TOTAL NIÑOS	POPCENTAJE
1	-	5	5	6.2 %
2	1	2	3	3.7 %
3	1	2	3	3.7 %
4	-	3	3	3.7 %
5	4	6	10	12.3 %
6	4	5	9	11.1 %
7	2	4	6	7.4 %
8	5	5	10	12.3 %
9	2	3	5	6.2 %
10	3	6	9	11.1 %
11	2	7	9	11.1 %
12 <del>y más</del>	7	2	9	11.1 %
TOTAL	31	50	81	100.0
FORCENTAJE	38.3 %	61.7 %	100.0	

D. ANALISIS DE DATOS: PATRONES DE CRECIMIENTO

PORCENTAJE DE NIÑOS REGISTRADOS:

$$\frac{\text{Número de niños de 12 a 23 meses registrados } 81}{\text{Total población de niños de 12 a 23 meses } > 82} \times 100 = < 98.8\%$$

PROMEDIO DE CONTROLES POR NIÑO DURANTE LOS ULTIMOS DOCE MESES:

$$\frac{(N_1 \cdot 1) + (N_2 \cdot 2) + (N_3 \cdot 3) + (N_4 \cdot 4) + \dots + (N_{12} \cdot 12)}{\text{Número total de niños controlados } 81} = \frac{600}{81} = 7.4$$

Porcentaje de niños controlados con 6 ó más controles = 70.4 %

E. CONTROL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS (SEGUN CUADERNO)

PORCENTAJE DE MUJERES REGISTRADAS: Comunidades = 10 (Falta revisar el cuadro de mujeres en legua)

Número de mujeres de 15 a 49 años registradas 404 = ?

Total población de mujeres de 15 a 49 años ? En 5 comunidades no habían estudios sobre el total de mujeres y las fechas de nacimiento de ellas

VACUNACION CON TT ó DT: Comunidades = 9; Mujeres = 372 (Falta revisar vacunas en Chichacomatran)

Número de mujeres con 0 dosis 72; porcentaje de registradas 19.4 %

Número de mujeres con 2 ≤ dosis 249; porcentaje de registradas 66.9 %

Número de mujeres con 3 ≤ dosis 191; porcentaje de registradas 51.3 %

CONTROL PRE-NATAL (CPN) Y DE PARTOS: Comunidades = 10

Número de partos registrados en los últimos doce meses: 42 (En 3 comun. no se había ningún parto)

Número de <sup>parturientas</sup> ~~parturientes~~ con 1 ≤ CPN 11; porcentaje 26.2 %

Número de recién nacidos registrados en los últimos doce meses: 78

Número de embarazadas detectadas en los últimos doce meses: 70

Antes de los seis meses 38 (54.3%) Después de los cinco meses 32

Número de embarazadas con 1 ≤ CPN 18; porcentaje 25.7 %

Número de embarazadas tomando FeSO<sub>4</sub> 24; porcentaje 34.3 %

En 5 comunidades no se había registrado ningún CPN ni administración de FeSO<sub>4</sub>, una de ellas una comunidad piloto.

Zona 1:

SUPERVISOR	Nº	COMUNIDAD	FIRMA CONTRAT	PROVINCIA	AREA SALUD	POBLA CION	FLIAS	APRTS	< 5 AÑOS	< 2 AÑOS	ORGANIZACION COMUNITARIA	HUERTOS	LETRINAS	SISTEMA AGUA	
G. Paribaca	1	Ituraya	22/08/91	Camacho	Mocomoco	69	21		12	5	Com. Desarrollo		concluido	ejecuci?n	
	2	Sotalaya	23/08/91	Camacho	Mocomoco	110	29	28	23	11	Com. Desarrollo		concluido	ejecuci?n	
	3	Canahuaya	26/08/91	Camacho	Mocomoco	146	35	32	23	12	Com. Agua		concluido	ejecuci?n	
	4	Ingas/Lugma	20/11/91	Camacho	Mocomoco	392	80	74	32	11	Com. Desarrollo		concluido	ejecuci?n	
	4				707	165	134	50	39			0			
S. Mamam	5	Saphia	03/10/91	Camacho	Mocomoco	323	78	61	37	16	Com. Desarrollo	16	concluido	ejecuci?n	
	6	Jachaira	00/10/91	Camacho	Escorna	103	18	15	14	3	Com. Obra	4	concluido	ejecuci?n	
	7	Lupini	00/10/91	Camacho	Escorna	245	50	23	33	11	Com. Obra		ejecuci?n	-	
	8	Quilma Titicachi	00/12/92	Camacho	Escorna										
	4				677	146	99	84	30			20			
M. Subleta	9	Carquina Ch.	21/08/91	Camacho	Escorna	345	69	51	51	16	Com. Desarrollo		concluido	ejecuci?n	
	10	Talpi Aica	22/08/91	Camacho	Escorna	484	120	49	58	21	Com. Desarrollo		ejecuci?n	-	
	11	Pacaures	26/08/92	Camacho	Escorna	172			33	13	Com. Desarrollo		-	-	
	12	Jutlaye	23/08/91	Camacho	Escorna	230	52	45	36	19	Com. Desarrollo		concluido	ejecuci?n	
	13	Carquina Gr.	25/08/91	Camacho	Escorna	273	60	56	28	14	Com. Desarrollo		concluido	concluido	
	5				1507	301	201	206	63			0			
P. Macedo	14	Stgo. de Okola	24/08/91	Camacho	Carabuco	300	67	18	32	14	Com. Agua		-	-	
	15	Ispaya Este	21/08/91	Omasuyos	Ancoraimos	243	63	35	26	9	Com. Agua		concluido	ejecuci?n	
	16	Sotalaya	00/02/92	Omasuyos	Ancoraimos	617	114	80	30	43	Com. Desarrollo		-	-	
	17	Qurihuani	00/11/92	Omasuyos	Carabuco	300	63		34	23					
	18	Pachana	00/12/92	Omasuyos	Ancoraimos	331	65		34	32					
	5				1507	402	133	217	121			0			
H. Quelali	19	Tilacoca	25/08/91	Camacho	Carabuco	537	123	108	69	25	Con Autoridades		concluido	ejecuci?n	
	20	Yancoa Bajo	00/02/92	Camacho	Carabuco	271	62		50	22	Con. Autoridades		-	-	
	21	Cojatacampa	00/08/92	Camacho	Carabuco	465	103		50	20	Con. Autoridades		-	-	
	22	Yancoa Alto		Camacho	Carabuco	517	111		60	25	Con. Autoridades		ejecuci?n	-	
	23	Wilajaya		Camacho	Escorna										
	24	Pt. Chahuaya		Camacho	Carabuco										
	6				1780	399	106	229	92			0			

Poblacion Total: 44.669

No este incluida la poblacion de que se incorporaron en Diciembre 92

8 en Yungas Alto y 2 en Yungas Bajo  
 8 Comunidades, las que se incorporaron en Diciembre 92

COMUNIDADES PN-20 ALTIPLANO/VALLE

SUPERVISOR	No.	COMUNIDAD	FIRMA CONTRAT	PROVINCIA	AREA SALUD	POBLA	FLIAS	APTRES	< 5 AÑOS	< 2 AÑOS	ORGANIZACION COMUNITARIA	PUERTOS	LETRINAS	SISTEMA AGUA
B. Condon	25	Kokani	00/08/91	Omasuyos	Achacachi	342	58	51	44	17	Com. Agua		concluido	ejecuci?n
	26	Llazaraya	22/08/91	Omasuyos	Achacachi	315	71		56	28	Com. Agua		-	-
	27	Murumamani	12/09/91	Omasuyos	Achacachi	758	146	134	124	53	Com. Agua		ejecuci?n	-
	28	Kalahuancaño	00/01/92	Omasuyos	Ancoraimes	301	60	57	56	22	Com. Desarrollo	117	-	-
	29	Chinta	17/11/91	Omasuyos	Achacachi	213	46		25	7	Com. Agua		-	-
	5					1969	321	242	305	125		117		
E. Arenas	30	Umapusa	00/03/92	Omasuyos	Achacachi	875	200		133	84	Com. Desarrollo		-	-
	31	Tacamara	11/02/92	Omasuyos	Achacachi	1560	303		266	101	Com. Agua		-	-
	32	Avichaca	00/03/92	Omasuyos	Achacachi	954	185	184	145	61	Com. Desarrollo		ejecuci?n	-
	33	Cala Cala	10/02/92	Omasuyos	Achacachi	622	131	96	79	28	Com. Desarrollo		-	-
	34	V.N. Esperanza	12/02/92	Omasuyos	Achacachi	643	125	151	87	37	Com. Desarrollo		ejecuci?n	-
	5					4654	974	400	715	341		0		
J. Pablo	35	Tacacoma	00/05/92	Larecaja	Sorata						Com. Desarrollo		-	-
	36	Collabamba	17/11/91	Larecaja	Sorata	251	60	29	38	16	Com. Desarrollo		-	-
	37	Tacachaca	06/11/91	Larecaja	Sorata	241	42	39	58	25	Com. Desarrollo		ejecuci?n	ejecuci?n
	38	Chumisa	08/10/91	Larecaja	Sorata	230	50	25	53	28	Com. Desarrollo	30	ejecuci?n	-
	39	Chacambaya Ch.	14/10/91	Larecaja	Sorata	110	24		22	10	Sindicato		-	-
	40	Pajchiri	-	Larecaja	Sorata								-	-
	6					841	186	94	182	79		30		

BEST AVAILABLE COPY

2-2

COMUNIDADES PN-20 ALTIPLANO/VALLE

SUPERVISOR	No.	COMUNIDAD	FIRMA	PROVINCIA	AREA SALUD	POBLA	FLIAS	APTRS	< 5	< 2	ORGANIZACION COMUNITARIA	HUERTOS	LETRINAS	SISTEMA AGUA
									A?OS	A?OS				
R. Nina	41	Tahana	00/07/92	Larecaja	Sorata	132	30	28	23	13	Com.Desarrollo	28	ejecuci?n	-
	42	Cheje	10/10/91	Larecaja	Sorata	284	83		50	20	Com.Desarrollo	50	ejecuci?n	-
	43	Tarapi	16/09/91	Larecaja	Sorata	174	38	33	23	10	Com.Desarrollo		concluido	ejecuci?n
	44	Chinchaya	16/09/91	Larecaja	Sorata	223	52	48	32	7	Com.Desarrollo		concluido	ejecuci?n
	45	Chihuani	24/08/91	Larecaja	Sorata	203	44	25	39	16	Com.Desarrollo		ejecuci?n	-
	46	Curupampa	00/01/93	Larecaja	Sorata									
	6					1016	247	132	167	68		78		
M. Canaviri	47	Alto Lojena	23/09/91	Larecaja	Sorata	197	32	32	30	10	Com.Desarrollo	39	concluido	ejecuci?n
	48	Millipaya	09/10/91	Larecaja	Sorata	281	67	54	42	16	Com.Desarrollo	48	concluido	ejecuci?n
	49	Huaynuruni	09/11/91	Larecaja	Sorata	94	27	22	16	4	Com.Desarrollo	24	concluido	ejecuci?n
	50	Marcamarcani	20/08/91	Larecaja	Sorata	173	33	31	42	18	Com.Desarrollo	28	concluido	concluido
	51	Cochipata	20/04/92	Larecaja	Sorata		51	25		16	Com.Desarrollo	40	-	-
	5					745	210	184	130	64		178		
N. Zepita	52	Chanahuaya	00/08/92	Larecaja	Sorata	98	25	22	17	6	Com. Agua	21	concluido	-
	53	Alto Choquiscoa	18/11/91	Larecaja	Sorata	120	25	12	28	14	Com.Desarrollo		-	-
	54	Pampa Colani	18/11/91	Larecaja	Sorata	130	33	21	19	11	Com.Desarrollo		-	-
	55	Pucarani	20/11/91	Larecaja	Sorata	137	41	39	20	10	Com.Desarrollo	28	concluido	ejecuci?n
	56	Huarina Choro	21/11/91	Larecaja	Sorata	250	45	38	23	6	Com.Desarrollo	6	-	-
	57	Viecha	00/06/92	Larecaja	Sorata	153	51	31	23	8	Com.Desarrollo	24	ejecuci?n	-
	7					888	225	161	127	55		79		
J. Peco	59	Sullini	00/11/92	Omasuyos	Huatajata	281	58		33	7	Com.Desarrollo		-	-
	60	Huarcaya Belen	00/11/92	Omasuyos	Huatajata	209	48		34	11	Com.Desarrollo		-	-
	61	Sojoni	00/11/92	Omasuyos	Huatajata	209	43		16	4	Com.Desarrollo		-	-
	62	1ro de Mayo	00/11/92	Omasuyos	Huatajata	106	35		28	11	Com.Desarrollo		-	-
	63	Vale Florida	00/11/92	Omasuyos	Huatajata	160	42		16	9	Com.Desarrollo		-	-
	64	V. Esperanza	00/11/92	Omasuyos	Huatajata	149	33		24	7	Com.Desarrollo		-	-
	6					1144	255	0	149	48		0		
Total	64					17833	3891	1896	2601	1143		502		

BEST AVAILABLE COPY

## Zona 2:

### ACCIONES REALIZADAS O EN EJECUCION POR COMPONENTES P N - 20 REGIONAL SUCRE

AREA : COCHABAMBA (Prov. Campero)

FECHA : Diciembre de 1992

ZONA No.	(SUPERVISOR) COMUNIDAD	POBLACION TOTAL	No. FAMILIAS	LETRINAS	AGUA POTABLE	ORGANIZ. COMUNIT.	BALUD	HUERTOS
<b>ZONA I (BETTY LOAYZA)</b>								
1	El Puente	94	18	SI	SI	SI	SI	NO
2	Marapampa	147	22	SI	SI	SI	SI	NO
3	Mataraj	288	48	SI	NO	SI	SI	SI
4	Tiapampa	282	62	NO	NO	SI	SI	SI
5	La Palca	130	27	SI	SI	SI	SI	SI
6	Novillero	398	62	SI	NO	SI	SI	SI
<b>ZONA II (ROBERTO PARY)</b>								
7	Santa Ana	182	29	SI	SI	SI	SI	NO
8	San Pedro	212	40	SI	SI	SI	SI	SI
9	Mesa Rancho	273	58	SI	NO	SI	SI	SI
10	Santa María	95	25	SI	SI	SI	SI	SI
11	San Antonio	180	31	SI	NO	SI	SI	SI
<b>ZONA III (MIRIAM ALCO CER)</b>								
12	Maiza	160	28	SI	NO	SI	SI	SI
13	Maiza Laguna	224	44	SI	NO	SI	SI	NO
14	El Tholar			NO	NO	SI	SI	SI
15	Estanzuelas	170	33	SI	NO	SI	SI	SI
<b>ZONA IV (ELIZABETH OROZ)</b>								
16	Esmeralda	255	45	SI	NO	SI	SI	SI
17	Jaboncillos	422	73	SI	NO	SI	SI	SI
18	Mataraj	320	63	SI	NO	SI	SI	SI
19	Juzgado	171	33	SI	NO	SI	SI	SI
20	La Viña	327	50	SI	SI	SI	SI	SI
21	Pucara	188	34	SI	NO	SI	SI	SI
<b>ZONA V (ELIZABETH MAITA)</b>								
22	San Carlos	167	34	SI	NO	SI	SI	SI
23	Amaya Perereta	215	38	NO	NO	SI	SI	SI
24	Ele Ele	232	41	SI	NO	SI	SI	SI
25	Quebrachas	141	25	NO	NO	SI	SI	SI
26	Huertas	180	33	NO	NO	SI	SI	SI
<b>ZONA VI (JAIME ZURITA)</b>								
27	La Aguada	108	24	SI	SI	SI	SI	NO
28	Ruda Pampa *			NO	NO	NO	SI	NO
29	Zapallar/Aguadillas	111	17	SI	SI	SI	SI	SI
30	Selvas	121	22	SI	NO	SI	SI	NO
31	Buena Vista	357	70	SI	SI	SI	SI	SI
<b>ZONA VII (JOSE GOYTIA)</b>								
32	Pucaracito	189	40	NO	NO	SI	SI	SI
33	Quinori	287	48	NO	NO	SI	SI	SI
34	Huasa Orko	211	37	NO	NO	SI	SI	SI
35	Pasorapa	842	220	NO	NO	SI	SI	NO
<b>T O T A L E S</b>		<b>7747</b>	<b>1491</b>					

nota : \* Son comunidades con problemas de definición

ACCIONES REALIZADAS O EN EJECUCION POR COMPONENTES  
P N - 20 REGIONAL SUCRE

AREA : CHUQUISACA (Prov. Oropeza)

FECHA : Diciembre de 1992

ZONA No.	(SUPERVISOR) COMUNIDAD	POBLACION TOTAL	No. FAMILIAS	LETRINAS	AGUA POTABLE	ORGANIZ COMUNIT.	SALUD	HUERTOS
ZONA I	(ROSARIO VILLARPAN)							
1	Paredon	384	69	NO	NO	SI	SI	NO
2	Kacha Kacha	392	85	SI	NO	SI	SI	SI
3	Chaupi Molino	143	32	SI	NO	SI	SI	SI
4	Chacarilla	180	27	NO	NO	SI	SI	NO
ZONA II	(CARLOS AUZA)							
5	Bella Vista	222	35	SI	SI	SI	SI	NO
6	Poroma	148	35	NO	NO	NO	SI	NO
7	Copavilque	103	20	SI	SI	SI	SI	SI
8	Camos	91	18	NO	NO	NO	SI	NO
9	Imilla Huafusca	141	27	NO	NO	SI	SI	NO
10	Sausal/Carapani			NO	NO	NO	NO	NO
	TOTALES	1802	328					

# Zona 3:

## COMUNIDADES SAMA YUNGAS - LARECAJA TROPICAL

SUPERVISOR	NO	COMUNIDAD	PROVINCIA	AREA SAJUD	POBLACION < 5 AÑOS	NO FAMILIAS	SISTEMAS DE AGUA	SOC/CRCC	SAJUD	REPEROS	
L. Zeltran	1	Potocaya	Larecaja	Guaray	377	89	SI	SI	SI	NO	
	2	Candelaria	Larecaja	Guaray	353	77	SI	SI	SI	NO	
	3	La Aguada	Larecaja	Guaray	206	47	NO	SI	SI	NO	
	4	Barco Parpa	Larecaja	Guaray	178	40	NO	SI	SI	NO	
	5	Mito Ponte	Larecaja	Guaray	243	47	NO	SI	SI	NO	
-----											
J. Pico	6	Challaca	Larecaja	Guaray	334	72	SI	SI	SI	NO	
	7	Santa Rosa	Larecaja	Guaray	169	37	SI	SI	SI	NO	
	8	Laroca	Larecaja	Guaray	130	27	SI	SI	SI	NO	
	9	Sarcata	Larecaja	Guaray	167	36	NO	SI	SI	NO	
-----											
G. Rodriguez	10	Tallima	Larecaja	Caranavi	820	184	SI	SI	SI	NO	
	11	Villa Paria	Larecaja	Caranavi	106	27	SI	SI	SI	NO	
	12	El Piche Ponte	Larecaja	Caranavi	133	46	NO	SI	SI	NO	
	13	Rebolalera	Larecaja	Caranavi	144	44	NO	SI	SI	NO	
-----											
O. Caceres	14	Santa Fe	Larecaja	Caranavi	168	41	NO	SI	SI	NO	
	15	Chaco	Sud Yungas	Chulucani	989	234	NO	SI	SI	NO	
	16	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	195	66	NO	SI	SI	NO	
	17	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	174	47	NO	SI	SI	NO	
	18	Abac	Nor Yungas	Coripata	277	77	NO	SI	SI	NO	
	19	Puente Villa - Tania	Nor Yungas	Coripata	212	77	NO	SI	SI	NO	
	20	Sacabaya	Sud Yungas	Chulucani	140	44	NO	SI	SI	NO	
	21	Yabacani	Sud Yungas	Chulucani	140	44	NO	SI	SI	NO	
	22	Yabara	Sud Yungas	Chulucani	133	41	NO	SI	SI	NO	
	23	Chayata	Sud Yungas	Chulucani	131	41	NO	SI	SI	NO	
	-----										
	A. Cossio	24	Buzuzama - Tabacal	Nor Yungas	Coripata	197	50	NO	SI	SI	NO
		25	Caranavi	Nor Yungas	Coripata	134	36	NO	SI	SI	NO
		26	Trupana	Nor Yungas	Trupana	197	50	NO	SI	SI	NO
27		Trupana	Sud Yungas	Trupana	262	66	NO	SI	SI	NO	
-----											
J. Crazbi	28	Wachabaca	Sud Yungas	Chulucani	1271	307	NO	SI	SI	NO	
	29	Waya	Sud Yungas	Chulucani	190	47	NO	SI	SI	NO	
	30	Patataca	Sud Yungas	Chulucani	190	47	NO	SI	SI	NO	
	31	Patataca	Sud Yungas	Chulucani	170	40	NO	SI	SI	NO	
	32	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	709	170	NO	SI	SI	NO	
	33	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	709	170	NO	SI	SI	NO	
	34	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	709	170	NO	SI	SI	NO	
	35	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	709	170	NO	SI	SI	NO	
	36	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	709	170	NO	SI	SI	NO	
	37	Chulucani	Sud Yungas	Chulucani	709	170	NO	SI	SI	NO	
	-----										
					1350	354				17	

BEST AVAILABLE COPY

PERVISOR	No	COMUNIDAD	PROVINCIA	AREA SALUD	POBLACION	< 5 ANOS	No FAMILIAS	DETRINAS	AGUA POT	SOC/ORG	SALUD	HUERTOS
MANE	33	Villa Remedios	Sud Yungas	Chulumani	431	55	103	No	No	SI	SI	No
	34	Totora Chico	Sud Yungas	Chulumani	236	40	57	No	SI	SI	SI	No
	35	Palmar	Sud Yungas	Asunta	163	29	46	No	SI	SI	SI	No
	36	Las Mercedes	Sud Yungas	Chulumani				No	No	SI	SI	No
				830	124	206						
AVEZ	37	San Antonio	Nor Yungas	Sapecho	975	150	203	No	No	SI	SI	SI
	38	Porvenir	Nor Yungas	Sapecho	130	21	31	No	No	SI	SI	SI
	39	Litoral	Nor Yungas	Sapecho	154	25	36	No	No	SI	SI	SI
	40	Mapurichuqui	Nor Yungas	Sapecho	138	24	34	No	No	SI	SI	SI
				1407	220	264						
AERA	41	Entre Rios	Nor Yungas	H. Borg	203	20	46	No	SI	SI	SI	SI
	42	Bella Vista	Nor Yungas	H. Borg	132	32	31	No	No	SI	SI	No
	43	Colorado	Nor Yungas	H. Borg	323	40	73	No	No	SI	SI	SI
	44	Puerto Santa Ana	Nor Yungas	H. Borg	173	29	41	No	No	SI	SI	No
	45	Santa Ana de Mochenes	Nor Yungas	H. Borg	260	39	63	No	No	SI	SI	No
				1357	216	254						
AERCC	46	Palos Blancos: San Anton	Sud Yungas	Sapecho	346	60	86	No	No	SI	SI	No
		Palos Blancos: Tamarindo	Sud Yungas	Sapecho	152	45	36	No	No	SI	SI	No
		Palos Blancos: Esperanza	Sud Yungas	Sapecho	157	37	41	No	No	SI	SI	No
	47	Luz Porvenir	Sud Yungas	Sapecho	100	16	21	No	No	SI	SI	No
48	Brecha	Sud Yungas	Sapecho	132	25	42	No	No	SI	SI	No	
				1223	203	246						
ANI		Palos Blancos: Central	Sud Yungas	Sapecho	404	65	77	No	No	SI	SI	No
		Palos Blancos: Progreso	Sud Yungas	Sapecho	204	44	51	No	No	SI	SI	No
		Palos Blancos: San Pedro	Sud Yungas	Sapecho	133	26	36	No	No	SI	SI	No
	49	Brecha G	Sud Yungas	Sapecho	60	10	14	No	No	SI	SI	SI
	50	Brecha H	Sud Yungas	Sapecho	112	21	41	No	No	SI	SI	SI
				1023	165	209						
AN	51	Naranjani	Sud Yungas	Sapecho	202	35	41	No	No	SI	SI	SI
	52	San Miguel de Huachi	Sud Yungas	Sapecho	153	28	33	No	No	SI	SI	SI
	53	Rancho	Sud Yungas	Sapecho	134	26	31	No	No	SI	SI	SI
	54	Tucup	Sud Yungas	Sapecho	155	27	32	No	No	SI	SI	SI
	55	Covendo	Sud Yungas	Sapecho	152	31	37	No	No	SI	SI	SI
				1392	248	314						
				2052	314	274						

17,298

BEST AVAILABLE COPY

4.2.1. Project Implementation Plan and Expected Achievements by Quarter:

	1991 (Qtrs)				1992 (Qtrs)				1993 (Qtrs)				1994 (Qtrs)				By Whom?
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
SIGN AGREEMENTS*	3																PH & DIR
HIRE STAFF*	65																PH & ATS
START-UP WORKSHOP*	3																ENGS
PROSPECTION (Cts.)*	160																PH
FORM COORDINATING GPS.*	3																CG
SELECT COMMUNITIES*	160																PH & TRAINER
TRAIN STAFF AS TO STRATEGIES*	75																FES, PHC & SOC ATs
QUALITATIVE INVESTIGATIONS*	10																TRAINER, US, PHC/ SOC ATs, & FES
DEVELOP ED. STRATEGY*	10																FES
COMMUNITY ACTIVITIES: ORIENT COMMUNITIES*		160															FES & CDC
FORM COMMITTEE*			160														FES & CDC
SIGN AGREEMENTS*			160														FES & CDC

BEST AVAILABLE COPY

ANEXO L

\* Actual number.

PH=Project Manager; DDC= Departmental Development Corporation; US=Unidad Sanitaria staff; FE=CARE field extensionists; CG=Joint CARE/DDC/US Coordinating Group; Dir=CARE Director; ATS= CARE professional technical staff; Engs=CARE & DDC Engineers (ATs); Trainer=CARE Trainer; Soc=CARE Sociology ATs; PHC=CARE PHC ATs & advisor; Coms= Community members; CDC= Community Development Committee; CHW=Community Health Worker; OP=Community Water System Operator.

	1991 (Qtrs)				1992 (Qtrs)				1993 (Qtrs)				1994 (Qtrs)				By Whom?
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
SELECT WORKERS*		640															FES, CDC, & Cons
CONDUCT BASELINE AND CENSUS*			160														FE, CDC, OP, & CHW
TRAIN COMMUNITY HEALTH WORKERS*			320			320			320								US, PHC/SOC ATs, FES
TRAIN COMMITTEES IN CONDUCTING MEETINGS, COMMITTEE FUNCTIONS AND RESPONSIBILITIES*				160													SOC AT & FE
DESIGN 33% OR MORE OF SYSTEMS AND LATRINES...*			53	53	54												ENGs, DDC & TOPOGS
ORDER 33% OF MATERIALS.....*			1		1	1											ENGs

BEST AVAILABLE COPY

\* Actual number. PH=Project Manager; DDC= Departmental Development Corporation; US=Unidad Sanitaria staff; FE=CARE field extensionists; CG=Joint CARE/DDC/US Coordinating Group; Dir=CARE Director; ATs= CARE professional technical staff; Engs=CARE & DDC Engineers (ATs); Trainer=CARE Trainer; Soc=CARE Sociology ATs; PHC=CARE PHC ATs & advisor; Cons= Community members; CDC= Community Development Committee; CHW=Community Health Worker; OP=Community Water System Operator; TOPOGS=Topographers.

1977

	1991				1992				1993				1994				By Whom?
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
E ATION.....				64	128	160	160	160									ENGs & FES
OPERATORS CONSTRUCTION				60	60	60	60	60	20								TRAINER, ENGs, DDC
START HEALTH ACTIVITIES: ORIENT HUSBANDS.....					5000	5000	5000	5000	5000	5000	5000	5000	5000	5000	5000	5000	FES, PHC/AT & US
ORIENT AND TRAIN WOMEN.....					7000	7000	7000	7000	7000	7000	7000	7000	7000	7000	7000	7000	" "
INITIATE CONTINUAL ACTIVITIES JOINTLY W/COMMUNITY WORKER IN: GROWTH MONITORING (monthly)...																	" "
IMMUNIZA- TIONS (at least quarterly): REDUCTION OF GOITER (salt monthly, capsules annually):....						160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	" "
										160	160	160	160	160	160	160	" "

BEST AVAILABLE COPY

\* Actual number.

PH=Project Manager; DDC= Departmental Development Corporation; US=Unidad Sanitaria staff; FE=CARE field extensionists;  
 CG=Joint CARE/DDC/US Coordinating Group; Dir=CARE Director; ATs= CARE professional technical staff; Engs=CARE & DDC  
 Engineers (ATs); Trainer=CARE Trainer; Soc=CARE Sociology ATs; PHC=CARE PHC ATs & advisor; Coms= Community members; CDC=  
 Community Development Committee; CHW=Community Health Worker; OP=Community Water System Operator; TOPOGS=Topographers.

	1991				1992				1993				By Whom?												
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4													
CONTROL OF	NOT AVAILABLE COPY																								
DIARRHEAL																									
DISEASES:																									
-HYGIENE																									
EDUCATION*....																									
-ORT EDUCATION*													160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	FE, PHC, US
-ORS PROVISION*													160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	" " "
-MANAGEMENT OF																									
ARI:																									
-EDUCATION*....														20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	" " "
-PROVISION OF																									
ASPIRIN, CO-																									
TRIMOXAZOL*....		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	" " "												
-PROVISION OF																									
PRENATAL																									
SERVICES*.....		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	" " "												
-SCREEN RISK*..		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	" " "												
-PROVIDE																									
IRON/FOLIC																									
ACID*.....		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	" " "												

\* Communities to which service is provided.

PH=Project Manager; DDC= Departmental Development Corporation; US=Unidad Sanitaria staff; FE=CARE field extensionists; CG=Joint CARE/DDC/US Coordinating Group; Dir=CARE Director; ATs= CARE professional technical staff; Engs=CARE & DDC Engineers (ATs); Trainer=CARE Trainer; Soc=CARE Sociology ATs; PHC=CARE PHC ATs & advisor; Coms= Community members; CDC= Community Development Committee; CHW=Community Health Worker; OP=Community Water System Operator; TOPOGS=Topographers.

199

	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	By Whom?
<b>PRODUCTION:</b>																	
Orient community development committees....				160													FE, AG, & LF
Plan with committees....				160													" " "
Train committees...*				160													" " "
<b>Begin agricultural activities:</b>																	
-vegetable gardens (by family)**					220				2200				4400				" " "
-animal sprays*				160													" " "
-vaccinations*					160												" " "
-forage*						160				160				160			" " "
-silage*									160					160			" " "
Collect community support payments, water and latrines**...			880	880	880	880	880	880	880	880	880	880					FES & OPS
<b>START SYSTEM CONSTRUCTION:</b>																	
Captation*...				16	16	16	16	16	16	16	16	16	16				MSN, OP, COM
Conduction*..				16	16	16	16	16	16	16	16	16	16				" " "
Reservoir*...				16	16	16	16	16	16	16	16	16	16				" " "
Distribution line*...				16	16	16	16	16	16	16	16	16	16				" " "
Purification system (if necessary)*					16	16	16	16	16	16	16	16	16		16		ENGs
Arrange for mid-term evaluation***.....																1	PM

\* Communities.      PM=Project Manager; DDC= Departmental Development Corporation; US=Unidad Sanitaria staff; FE=CARE field extensionists;  
\*\* Families.        CG=Joint CARE/DDC/US Coordinating Group; Dir=CARE Director; ATs= CARE professional technical staff; Engs=CARE & DDC  
\*\*\* Evaluations.    Engineers (ATs); AG=CARE & DDC Agriculture professionals; MASONS= CARE & DDC Masons & Plumbers; LF=Community Lead Farmer;  
CDC=Community Development Committee; CHW=Community Health Worker; OP=Community Water System Operator; COM=Community Members

BEST AVAILABLE COPY

266

	1991				1992				1993				1994				By whom?
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
System and watershed protection*...				16	16	16	16	16	16	16	16	16	16		16		MSNs
Test water system and water quality.....					16	16	16	16	16	16	16	16	16		16		ENGs
Train operators and committees in operation and maintenance..						16	16	16	16	16	16	16	16		16	16	ENG, MSN
Latrine construction...			880		880	880	880	880	880	880	880	880	880				MSN, OP, Com
Soakway for each yard connection...			880		880	880	880	880	880	880	880	880	880				" " "
Establish tariffs with communities..					16	16	16	16	16	16	16	16	16		16		ENG, SOC, FE CDC, Com
Establish healthworker and operator payment system.....					32	32	32	32	32	32	32	32	32		32		" " "
Inspect each part of all components...						16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	ENG, CDC, OP
Official handover to community..						16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	PM, US, DDC, CDC, OP
Arrange for final evaluation...															1		PM, US, DDC

BEST AVAILABLE COPY

\* Communities.  
 \*\* Families.  
 \*\*\* Evaluations.

PM=Project Manager; DDC= Departmental Development Corporation; US=Unidad Sanitaria staff; FE=CARE field extensionists;  
 CG=Joint CARE/DDC/US Coordinating Group; Dir=CARE Director; ATs= CARE professional technical staff; Engs=CARE & DDC  
 Engineers (ATs); AG=CARE & DDC Agriculture professionals; MASONS= CARE & DDC Masons & Plumbers; LF=Community Lead Farmer;  
 CDC=Community Development Committee; CHW=Community Health Worker; OP=Community Water System Operator; COM=Community Members

## ANEXO M

### REFERENCIAS EN RELACION AL TRABAJO DE CAMPO

- (1) Esto ocurre con más nitidez en comunidades próximas a Omereque y en comunidades aledañas a Guanay.
- (2) Los Comités, salvo el caso de Maysa (Cochabamba) donde no existe porque "somos muy pocos", han sido aceptados e implementados: en casos, con cierta conciencia de su utilidad tal como lo expresaban comunarios de Chinchaya (Altiplano): "el Sindicato no trabaja, sólo es nombre", "El Sindicato flojea; el Comité significa hacer trabajo".
- (3) Si el Sindicato no aprueba las Organizaciones, estas no se cristalizan. Y, a veces, aunque las apruebe no les permite hagan obras (o si se prefiere, se desarrolle el Proyecto): este es el caso de Yaricoa Alto (Altiplano) donde por espacio de un año el Sindicato no permitió se concretize el Sistema de Agua.
- (4) Son muchos los conflictos derivados entre los socios y no socios del Proyecto, entre dirigentes del Comité y dirigentes del Sindicato y entre hombres y mujeres por pertenecer a una u otra organización.
- (5) En esta Comunidad existen tres zonas: Tipapampa, Novillero y La Paica: las dos últimas pertenecen a un sólo Sindicato: tienen cada una un sistema de agua; y, en conjunto, han organizado un Comité de Desarrollo Comunal con directiva ampliada, dos Sub Comités con directivas propias, equipos operativos ampliados y una Organización de Mujeres. Si a ello se suman el Sindicato y otras Organizaciones, nos quedamos sin espacio.
- (6) Al respecto, en Bella Vista (Cochabamba) han sido enfáticos al señalar tal hecho, particularmente las mujeres.
- (7) En algunas comunidades, como La Viña (Cochabamba), el ejemplo es por demás ilustrativo: Una directiva para el Comité de Desarrollo Comunal, otra para el Comité de A. a (ambas con carteras similares) y otra para el Componente Agropecuario (por decisión propia: Presidente, Responsable, Promotor y Vocal).
- (8) Pero, no por ello en la estructura sindical impuesta desde arriba esas carteras, sin práctica, dejan de tener representatividad. En algunas ocasiones se dan hechos inverosímiles: en Chinchaya (valles-La Paz) existe una cartera de "porta estandarte", y lo peor es que creen que es importante.

BEST AVAILABLE COPY

- (9) En el altiplano sur y en los valles de Larecaja, la directiva se elige según el "Sistema de Yapu": por turno según propiedad de la tierra (sayaña).
- (10) En el Altiplano existen algunos Sindicatos que funcionan en base a un plan de gestión en el que se detectan las necesidades más importantes y, a su resolución, demandan la cooperación institucional. Así, el Sindicato de Quirihuati desarrolla su gestión en base a un Plan de Trabajo anual (así, se dan importantes logros de desarrollo comunal).
- (11) Una dirigente de Mataral (Cochabamba) explicaba la situación de su organización de manera simple: "antes tenían interés por los alimentos. Ahora tienen interés por los huertos; algunos asisten por obligación. Unas se irán, otras insistirán ...".
- (12) Existen en algunas Comunidades (algunas en Los Yungas y más en el Altiplano), todavía pocas, con real participación de la mujer a nivel de toma de decisiones: algunas lo hacen bien, otras lo hacen mal. Y lo sorprendente se da en Cariquina Chico. Un Sindicato de Mujeres, con ya casi nueve años de gestión y con muchas obras realizadas a despecho del móvil de politización con que fue creado.
- (13) Existen poquitas comunidades que saben lo que harán con las Organizaciones implementadas y con las actividades generadas por el Proyecto. Una de ellas es Markamarcani (Altiplano), cuyos dirigentes señalan que en Comité de Desarrollo Comunal será, luego, una cartera de Sindicato (un brazo operativo). Ahí se han obtenido muy buenos resultados.
- (14) Un comunario (Dionisio Cabrera) de Markamarcani (Larecaja) señalaba: "nosotros estamos bien organizados, trabajamos juntos: los dirigentes son orientadores nomás, los que hacemos todo somos los de las bases. Por eso, hemos terminado todo en seis meses". Y en efecto, en esta comunidad, donde existe un Sindicato activo, un Comité efectivo y una participación real de la mujer, las obras no han tenido mora y se han implementado adecuadamente los cuatro componentes.
- (15) Nosotros constatamos que promotores formados por diversas instituciones, por ejemplo: SNDC o CARITAS, son los que ahora conducen a sus Comunidades.

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

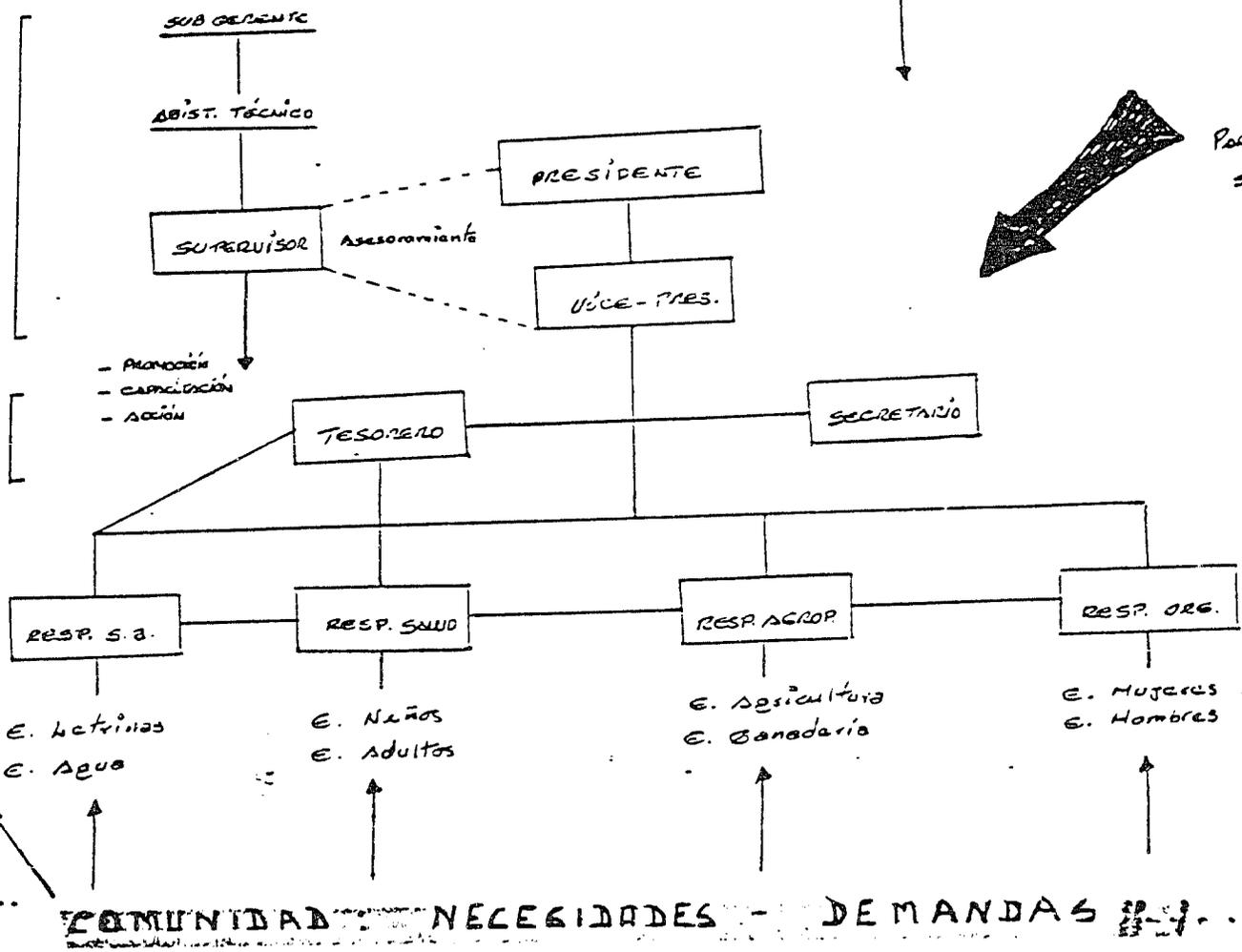
ORGANIGRAMA COMITÉ COORDINADOR COMUNAL (C.C.C.) \*

CARE → AMBITO INSTITUCIONAL DE CONTRAPARTE

NIVEL de DECISION  
- Direccion  
- Planificacion  
- Coordinacion

NIVEL de APOYO

NIVEL OPERATIVO



Participación HOMBRES y MUJERES = solo según capacidad.

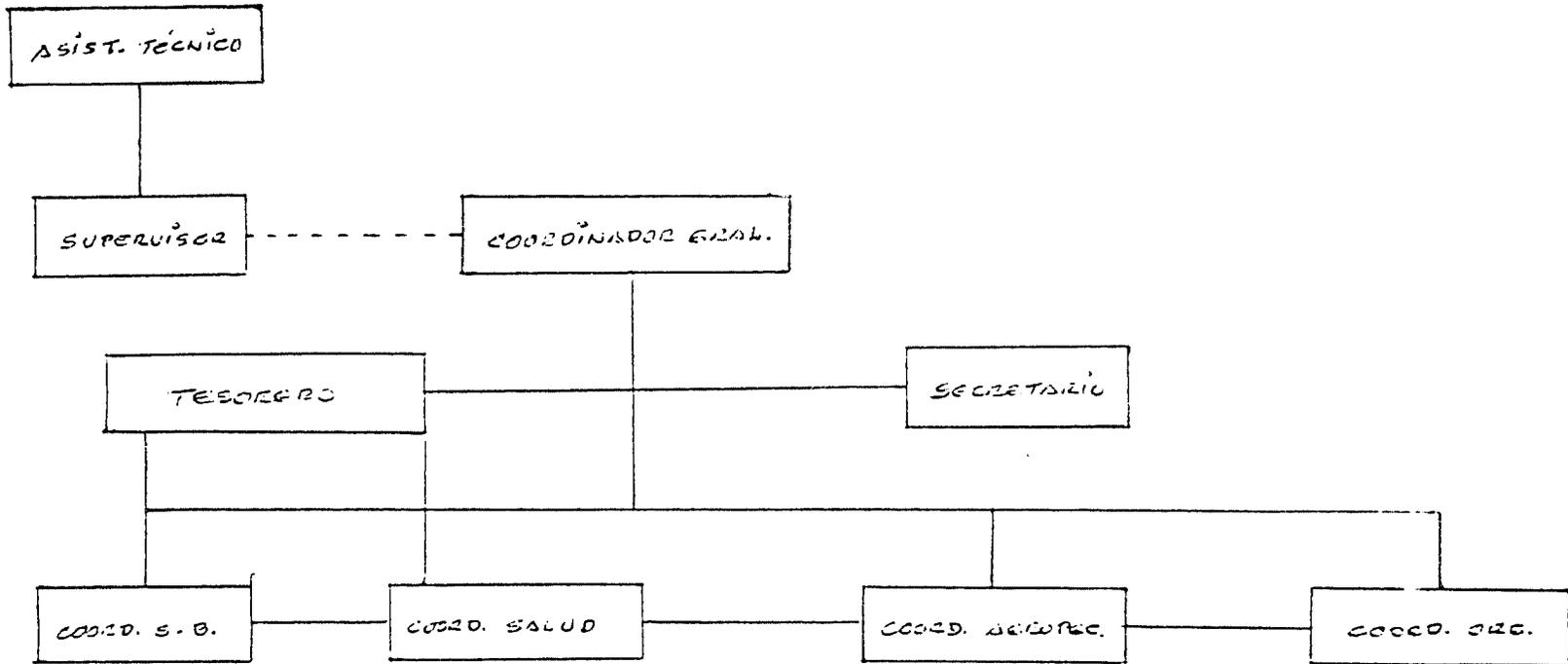
← Aquí podría incorporarse los dirigentes de las otras áreas similares del sindicato

← Este nivel podría corresponder a las mujeres y está a los hombres.

\* Nomenclatura sustituido de CDC, por razones ya obvias. 1ª ALTERNATIVA

769

ORGANIGRAMA COMITÉ COORDINADOR COMUNAL (C.C.C.) 2da ALT.



⇒ NO participación del SINDICATO  
Detalles: ID 1ra Alternativa

BEST AVAILABLE COPY

M-4

205