

KALLPACHAQ N° 4

Boletín de EvalPerú

Mayo 2007

El boletín electrónico N° 4 de EvalPerú, presenta nuevas secciones y contenidos. La asamblea de febrero 2007 acordó incluir artículos de reflexión y análisis en el tema de seguimiento y evaluación y difundirlo externamente. El boletín inicia con la presentación del artículo "La gestión pública basada en evidencias y la evaluación" de nuestro colega Aníbal Velásquez. Hemos incluido otra sección en la que damos cuenta de redes, programas o espacios ligados al tema evaluación. Inauguramos la sección con una nota informativa sobre la Organización Internacional para la Cooperación en Evaluación (IOCE). Completan este número las noticias internas habituales (actividades de reciente realización, iniciativas para el futuro cercano, nuestras cuentas, entre otras) y una síntesis de la primera sesión de intercambio de experiencias en la que tuvimos oportunidad de conocer un poco más del trabajo de Fernando Chávez.

Esperamos disfruten la lectura de este número.

Comité Coordinador EvalPerú
Antonio Pozo
Aníbal Velásquez
Molvina Zeballos

cc_evalperu@yahoo.com

www.evalperu.org.pe

¹ Experto en evaluación de programas de salud. Asesor en Epidemiología del Proyecto PRAES-USAID que apoya la Reforma en Salud en el Perú.

Reflexiones

La gestión pública basada en evidencias y la evaluación

Por Aníbal Velásquez-Valdivia ¹



Esta reflexión surge a partir de una serie de publicaciones que se han hecho con relación a la reforma del sistema de salud de México. En la prestigiosa revista "The Lancet" se publicaron una serie de artículos (Frenk et al., 2006a; Gonzáles-Pier, 2006; Lozano, 2006; Knaul, 2006; gakidou, 2006; Sepúlveda, 2006) que expresan que los cambios realizados en México han sido con base en evidencias (Frenk, 2006b).

Julio Frenk (2006b), quien fuera Ministro de Salud del pasado gobierno de México, escribe que "En el diseño, implantación y evaluación de su reforma, México ha hecho un uso intensivo de las mejores evidencias disponibles, que se ha derivado de análisis nacionales y de diversos bienes públicos globales asociados con el conocimiento, como las comparaciones sistemáticas de las experiencias de otros países, marcos conceptuales y métodos de medición.

México ha asimilado las lecciones de las innovaciones introducidas en muchos otros países del mundo; al mismo tiempo, ha puesto a disposición de otras naciones sus propias experiencias. Es evidente que

Kallpachaq
El que fortalece

Boletín trimestral N.º 4



Eval Perú
Red Peruana de Seguimiento y Evaluación

los países no pueden simplemente adoptar las experiencias internacionales a sus propias realidades sociales, financieras y culturales; lo que deben hacer es adaptarlas. Aun así, existe una búsqueda mundial por mejores formas de abordar los complejos retos de nuestros tiempos. Debido a las lagunas en nuestro conocimiento, cada iniciativa de reforma debe verse como un experimento cuyos efectos deben documentarse para beneficio de todas las demás iniciativas, tanto presentes como futuras. Este esfuerzo requiere de una sólida inversión en investigación de sistemas de salud.

Cada innovación constituye una oportunidad de aprendizaje; no aprovecharla nos condena a redescubrir, a un enorme costo, lo que ya se sabía o a repetir los errores del pasado. Para reformar, es indispensable informar, de lo contrario se corre el peligro de deformar. Al poner nuestras experiencias al alcance de la comunidad internacional, esperamos contribuir a un proceso de aprendizaje compartido entre los países que será esencial para alcanzarla".

Estas lecciones aprendidas de la reforma del sistema de salud de México son producto de más de tres generaciones de reformas y que según refieren han sido basadas fuertemente en evidencias desde finales de la década de 1970 (Frenk et al., 2003). En consecuencia, son dignas de ser tomadas en cuenta, más aún cuando se están gestando importantes reformas en el Estado peruano y en la mayoría de los sectores sociales del país.

Es importante destacar que las evidencias, en este contexto, se refieren a la información sobre la efectividad y eficiencia de las intervenciones y acerca de cómo actúan las mismas. Justamente esta es la información que requieren los planificadores de intervenciones, los que asignan recursos y los que formulan y conducen políticas. En consecuencia, el rol que cumplen los evaluadores es vital para la gestión pública, siempre y cuando éstos brinden información oportuna y de calidad.

Lamentablemente, en nuestro país no es fácil encontrar evaluaciones con información oportuna y de calidad, a pesar de que se han realizado cuantiosas inversiones en programas sociales y de salud, es difícil saber cuánto de los cambios en los indicadores de resultados se pueden atribuir a las

intervenciones y si estas intervenciones han sido costo-efectivas. De tal forma que no es posible responder a la inquietud de los que toman decisiones sobre cuánto tienen que invertir para obtener algún tipo de resultado.

El nivel de calidad de las intervenciones se mide en función del rigor científico del diseño de los estudios y existen escalas que clasifican en forma jerárquica las evidencias y a partir de lo cual se establecen recomendaciones respecto a la adopción de una determinada intervención (Jovell & Navarro-Rubio, 1995; Guyatt et al., 1995). En el campo de la salud se han propuesto diferentes escalas de gradación que pueden servir de referencia a las evaluaciones en el campo social, en esta oportunidad mostramos algunas de estas clasificaciones.

En la tabla 1 se muestra la clasificación de la evidencia de los estudios según el tipo de diseño que fue propuesta por la Agencia para la Investigación y Calidad de la atención de salud (Harris et al., 2001). Como se puede ver, las evaluaciones con diseño experimental aleatorio controlado son las que tienen un nivel mayor de evidencia.

Tabla 1. Nivel de evidencia de los estudios según el tipo de diseño

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos-controlados bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Tabla 2. Niveles de evidencia según tipo de estudio

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controlados, o Estudios de cohortes o de casos-controlados de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controlados bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos-controlados con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos)
4	Opiniones de expertos

Así mismo, se han propuesto niveles de evidencia según el tipo de estudio (Harbour & Miller, 2001), en este caso se considera además del diseño, la existencia de estudios que realizan metanálisis² o revisiones sistemáticas de estudios experimentales aleatorios. Según esta clasificación (Tabla 2) los estudios que aportan mayor evidencia son los que realizan metanálisis

de gran calidad y revisiones sistemáticas de estudios experimentales de asignación aleatoria.

Para la evaluación de la calidad de los estudios se han propuesto criterios y listas de chequeo para cada diseño y tipo de estudio (se incluyen evaluaciones cualitativas). Mayor información la pueden encontrar en: Nicki J, Waters E (2003) y The Cochrane Colaboration (2003). Y como existen diversos criterios para evaluar la validez de los estudios, el grupo Cochrane ha propuesto resumirlos, con un enfoque sencillo, en tres categorías (Cochrane, 2003):

Tabla 3. Criterios para asignar el nivel de evidencia según el riesgo de sesgos de los estudios

Riesgo de sesgos	Interpretación	Relación a los criterios
A. Bajo riesgo de sesgos	Los sesgos no alteran seriamente los resultados	Todos los criterios de la lista de chequeo se cumplen
B. Riesgo moderado de sesgos	Los sesgos generan alguna duda sobre los resultados	Uno o más de los criterios de la lista de chequeo no se cumplen
C. Alto riesgo de sesgos	Los sesgos debilitan seriamente la confianza en los resultados	Uno o más de los criterios de las listas de chequeo no se cumplen

En consecuencia, las recomendaciones para utilizar las evidencias se pueden clasificar en A, B o C. Así los resultados de los estudios calificados con A son extremadamente recomendables, los resultados calificados con B son recomendables de manera favorable y los que tienen la categoría C no se recomiendan ni desaprueban.

Para tener una idea de lo que significa en la práctica aplicar estos criterios en una revisión sistemática¹ muestro, de manera resumida, un ejemplo que se encuentra en la página web de PREVAL (Velásquez, 2005). Se realizó una revisión sistemática sobre la eficacia de intervenciones de mejora económica en la desnutrición. Con este fin se realizó una búsqueda de evaluaciones en la base de datos de PubMed y Cochrane y se encontraron 395 publicaciones relacionadas al tema. A partir de las cuales se seleccionaron 81 títulos porque tenían que ver con intervenciones que mejoran los ingresos y que midieron su efecto en la desnutrición. Después de evaluar la calidad

de las investigaciones con una lista de chequeo, y se eligieron finalmente 14 artículos que no tenían sesgos (nivel de evidencia A o B), que tenían una muestra suficiente para encontrar diferencias y que controlaron las variables confusoras. En la tabla 4 se muestran las características de cinco estudios evaluados y en la tabla 5 se muestra el uso de los criterios de evaluación de calidad de los mismos.

² *Metanálisis es un estudio basado en la integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios experimentales. Consiste en identificar y revisar los estudios controlados sobre un determinado problema, con el fin de dar una estimación cuantitativa sintética de la eficacia, eficiencia o efectividad de todos los estudios disponibles. Dado que incluye un número mayor de observaciones, un metaanálisis tiene un poder estadístico superior al de los estudios experimentales que incluye. El término metaanálisis fue empleado por primera vez por Eugene V. Glass en 1976. Inicialmente fue aplicado en las ciencias sociales y en psicología. A partir de la década de los 80, se comenzó a aplicar de forma creciente en medicina y a partir de los 90 son muy frecuente los artículos que describen resultados de metaanálisis en publicaciones médicas.*

³ *Las revisiones sistemáticas tienen como objetivo integrar eficientemente toda la información válida y proporcionar una base para tomar decisiones de manera racional. Las revisiones sistemáticas establecen cuándo los efectos de las intervenciones son consistentes y cuándo pueden aplicarse los resultados de la investigación a los diferentes grupos de población, ámbitos y diferencias en las intervenciones. El uso de métodos explícitos y sistemáticos en las revisiones limita el sesgo y reduce los efectos encontrados por azar, proporcionando así resultados más fiables sobre los cuales sacar conclusiones y tomar decisiones.*

Tabla 4. Características de cinco estudios evaluados en la revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones de reducción de la pobreza en la desnutrición en países en desarrollo (Velásquez, 2005)

Autor	Tipo de estudio	Muestra	Método de recolección de datos	Frecuencia de observación del desenlace	Técnica de ajuste de confusores	Valor del efecto o la asociación	Conclusiones
1 (a) Morris S y col., 2004	experimental aleatorio (cluster-randomised trial)	70 municipalidades 5600 hogares (80 hogares por municipalidad para tener un poder de 80%) Mujeres embarazadas	Encuesta de hogares	Antes de la intervención y dos años después. Muestra aleatoria de hogares al inicio y en la post intervención se entrevistaron a los mismos hogares	Asignación aleatoria Regresión de efectos mixtos tomando en cuenta la aleatorización hecha en el nivel de municipios	21% más (CI95%: 11-31%) comparando grupo 1 con control. 17.6% más (CI95%:7.5-27.6%) grupo 3 y control 8% (CI95%:-4.4-20.4%) grupo 2 y control	15-21 % de incremento de la cobertura de monitoreo del crecimiento de los niños El dinero es un poderoso incentivo para cambiar de conducta e incrementa el uso de servicios preventivos de salud
2 (b) Marek T y col. 1999	Revisión	Beneficiarios: Senegal: 99664 niños Madagascar: 241100 niños	Encuesta de hogares y medición antropométrica	Mensual	Ninguno	1) Senegal desnutrición severa en niños 0 a 6 meses se redujo de 6% a 0%, P=0.0053 desnutrición moderada en niños de 6-35 meses se redujo de 28 a 24% 2) Madagascar : de 25-34% se redujo a 6 a 16%	No es una evaluación de costo-efectividad rigurosa
3 (c) Bushamuka V, y col., 2005	longitudinal comparativo	2160 hogares G1: 720 hogares G2:720 G3: 720	Encuesta de hogares	después de 3 años se realizó un estudio transversal	No, solo hay comparaciones sin ajuste de variables confusoras ANOVA Mann-Whitney y Kruskal-Wallis	% de ingresos generados por la producción de huertos: 65% en G1 52% en G2 28% en control Gasto en alimentos (diferencias significativas) 35.6% en G1 28% en G2 y 17.8% en control Gasto en tipo de alimentos	El programa es sostenible e incrementa la seguridad alimentaria
4 (d) Rivera J y col. 2004	Experimental aleatorio	347 comunidades 320 comunidades intervención, 186 comunidades de comparación muestras aleatorias G1= 1815 hogares con niños menores de 5 años; y 650 niños menores de 12 meses de edad G2= 1415 hogares con niños menores de 5 años; 334 niños menores de 12	Encuesta y medición antropométrica	Medición basal Encuesta al final de un año Encuesta al final del 2o. Año Los datos de la talla del primer año no se tomaron en cuenta por missing y por que se consideró insuficiente el tiempo apra que ocurran cambios en la talla Se hizo un seguimiento	Controlaron el nivel socioeconómico, edad. Se utilizó un modelo lineal intercepto-aleatorio tomando en cuenta que se aleatorizó las comunidades y no los niños. Tomó en cuenta también el clustering . Aleatorización	Después de 2 años, 1.1 cm más altos los del grupo de intervención que el de comparación (26.4 cm vs 25.3 cm) en niños menores de 6 meses Después de un año la media de hemoglobina fue más alta en el grupo de intervención (11.2 g/dL, CI95%=10.5-11 g/dL)	El programa de desarrollo de basado en incentivos con intervención nutricional está asociado con mejor crecimiento y mejores tasa de anemia Posible sesgo de selección causado por la pérdida del seguimiento particularmente en 1999. Sin embargo no se encontroSin embargo no se encontraron diferencias entre los niños perdidos entre el grupo de estudio y de comparación Los resultados pueden estar subestimados debido a que el grupo de comparación fue intervenido el segundo año En los más pobres se mantiene este mismo incremento sin embargo, la talla ajustada por edad está 3.4 cm por debajo del standar de OMS
5 (e) Shamah T y col. 2003	Descriptivo comparativo	150 familias 3 grupos de 50 cada uno	Encuesta y medidas antropométricas	No	Ninguna	Mujeres (IMC): G1=2.9%; G2=0%; G3=8% Niños (peso para la edad): G1=12%; G2=19.2%; G3=0% Consumo de tortilla: Costo del consumo familiar de la tortilla G1 y G3= 20% del costo total de consumo de alimentos G2=13.6%	Muestra asociación de la tortilla con la desnutrición, sin embargo no se han controlado variables confusoras. Existe sesgo de selección

1 Morris S, Morris S, Flores R, Olinto P, Medina J (2004). Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras : cluster randomised trial. The Lancet 2004, 364:2030-2037

2 Marek T, Diallo I, Ndiaye B, Rakotosalama J (1999). Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar. Health Policy and Planning 1999; 14(4):382-389

3 Bushamuka V, de Pee S, Talukder A, Kiess L, Panagides D, Taher A, Bloem M (2005). Impact of a homestead gardening program on household food security and empowerment of women in Bangladesh. Food Nutr Bull 2005; 26(1):17-25

4 Rivera J, Sotres-Alvarez, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S (2004). Impact of the Mexican Program for Education, Health, and Nutrition (Progresa) on Rates of Growth and Anemia in Infants and Young Children. A randomized effectiveness study. JAMA 2004;291(21):2563-2570

5 Shamah T, Avila A, Cuevas L, Chávez A, Avila M, Fernández C. El subsidio a la tortilla en México: ¿un programa nutricional o económico? Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2003; 53(1): 5-13

Tabla 5. Cumplimiento de los criterios metodológicos para evaluar la calidad de los estudios de intervención y para seleccionar aquellas investigaciones que tengan precisión y validez interna (Velásquez, 2005)

Referencia	Adecuado grupo control	Control de confusores	Adecuado poder del estudio	Asignación aleatoria	La definición de la variables es estandarizada	¿Fueron evitados sesgos de medición?	Los procedimientos del análisis fueron claros?	¿Se cuantifica el efecto ?	¿El estudio tiene validez aún por la pérdida de casos?	Diseño ciego	Categoría de calidad
1 (a) Morris S y col., 2004	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	A
2 (b) Marek T y col. 1999	No se publica	No	No hay información	No	Si	No se publica	No	Si	No se publica	No	C
3 (c) Bushamuka V, y col., 2005	Si	Parcial con el diseño	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	No	B
4 (d) Rivera J y col. 2004	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	A
5 (e) Shamah T y col. 2003	No	No	No	No	Si	Si	Si	No	No	No	C

Según la evaluación de la calidad los estudios que cumplieron con los criterios fueron los estudios de Morris y col. (2004), el de Bushamuka y col. (2005), y el de Rivera y col. (2004) a los cuales se les ha calificado con un nivel de evidencia de A o B.

Propuestas a los miembros de la Red EvalPerú

Las reformas de los sectores sociales que se están desarrollando en nuestro país son una excelente oportunidad para que los evaluadores brinden aportes no solo con las evaluaciones que realizan sino con revisiones sistemáticas. Nos consta que en el sector salud existe la decisión política de utilizar evidencias para la gestión de la salud pública tanto en el Ministerio de Salud como también en las regiones.

Es ahora un momento crucial para generar evidencias porque se están diseñando los cambios y las intervenciones y se están formulando las políticas. La experiencia de México nos sirve para sustentar que estos cambios se pueden hacer mejor con base en evidencias.

Sin embargo, cuando intentamos buscar evidencias en nuestro país nos encontramos con serias limitaciones para hallar evaluaciones de efectividad o eficiencia con niveles de evidencia A o B porque la mayoría

de evaluaciones realizadas no tienen grupos control, o no tienen líneas de base y por lo general no se reporta cuánto de los cambios en los indicadores resultado o de impacto se atribuyen a los programas o proyectos. En consecuencia, muchas evaluaciones contienen alto riesgo de sesgos que afectan la validez interna de las conclusiones.

Pienso que nuestra Red tiene un rol fundamental en alentar la mejora de la calidad de las evaluaciones y promover los mecanismos para hacer llegar nuestras evidencias a los tomadores de decisiones.

Y como concluye Julio Frenk, en el artículo motivo de esta reflexión (Frenk, 2006b), el camino está trazado.

"El camino es claro: las evidencias sólidas deben ser el faro que ilumine el diseño, la implantación y la evaluación de los programas en los gobiernos nacionales, las agencias bilaterales de cooperación y las organizaciones multilaterales. Ésta es la ruta que nos llevará a un desarrollo más equitativo a través de una mejor formulación de las políticas de salud".

Referencias

Frenk J. et al. (2006a). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet; 368:1524-34

Frenk J. (2006b). Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. Lancet; 368:954-61

Gakidou E. et. al. (2006). Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. Lancet; 368: 1920-35

González-Pier E et al. (2006). Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet*; 368: 1608-18

Guyatt G, Sackett D, Sinclair J, Hayward R, Cook D (1995). Users' Guides to the Medical Literature: IX. A method for grading health care recommendations. *JAMA*; 274:1800-1804

Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *British Medical Journal* 2001; 323:334-336

Harris R et al. (2001). Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med*; 20(3S):21-35

Jovell A, Navarro-Rubio M. Evaluación de la evidencia científica (1995). *Med Clin (Barc)*; 105:740-743

Knaul F et al. (2006). Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*; 368:1828-41

Lozano R. et al. (2006). Benchmarking of performance of Mexican status with effective coverage. *Lancet*; 368:1729-41

Nicki J, Waters E (2003). Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions, <http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/activities/Guidelines%20for%20HPPH%20reviews.pdf>. Acceso 8 Mayo 2007

Sepúlveda J et al. (2006). Improvement of child survival in México: the diagonal approach. *Lancet*; 368:2017-27

The Cochrane Collaboration (2003). Revisores Cochrane, Manual 4.1.6, Actualización Enero 2003, en español <http://www.cochrane.es/Castellano/>. Acceso 8 Mayo 2007

Velásquez A. "Factores económicos asociados a la nutrición e impacto de programas de reducción de la pobreza en la desnutrición de países en desarrollo. Una revisión sistemática" Cuadernos del PREVAL N° 1, 2005, 63 pp. Disponible en el siguiente enlace: <http://www.preval.org/documentos/rs2006.zip>, acceso 13 Junio, 2006

Conociendo a otros

Organización Internacional para la Cooperación en Evaluación (IOCE)

La IOCE es una alianza de organizaciones de evaluación regionales y nacionales (asociaciones, sociedades y redes) alrededor del mundo que colaboran en los siguientes propósitos:

- Construir liderazgos y capacidades para la evaluación en países en vías de desarrollo
- Fomentar el uso integrado de la teoría y práctica de la evaluación a nivel del mundo
- Abordar y tratar los desafíos internacionales que enfrenta la evaluación
- Contribuir en la profesionalización de la evaluación para lograr un acercamiento global que contribuya a la identificación y a la solución de los problemas del mundo.

Todo ello en el marco de una posición abierta a la diversidad, inclusiva y promotora del diálogo entre distintas tradiciones de evaluación.

A la fecha, la IOCE está integrada por asociaciones de Asia, África, América latina, Norteamérica, Europa y de Australasia. El crecimiento de las afiliaciones ha sido rápido: actualmente son más de 50 las asociaciones inscritas, entre nacionales y regionales.

En diciembre 2006 publicó el libro *Creating and developing evaluation organizations: lessons learned from Africa, Americas, Asia, Australasia and Europe*, cuyos editores son Marco Segone y Ada Ocampo.



Puede descargarse el documento en:

www.ioce.net

www.relacweb.org

www.desco.org.pe

Intercambio de experiencias

El día 3 de mayo del 2007, se llevó a cabo la primera reunión de intercambio de experiencias de los miembros de la Red Peruana de Seguimiento y Evaluación (EvalPerú), en la que Fernando Chávez compartió las actividades en las cuales está involucrado actualmente. Fernando trabaja en la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en la Oficina de Desarrollo Económico y Medio Ambiente. Área en la que se encuentran insertos los siguientes programas y proyectos: Programa de Seguridad Alimentaria-Título II, Proyecto de reducción y alivio a la Pobreza Para y MYPE Competitiva en apoyo a las cadenas productivas de Exportación, entre otros.

Fernando compartió su experiencia en los Programas de Título II (seguridad alimentaria), específicamente el tema de desnutrición crónica. Manifestó que la red podría tener mayor presencia en el análisis de este tema, pues existen aportes de algunos miembros de la red de manera individual. Señaló que las instituciones que reciben fondos de USAID: CARE Perú, ADRA, Caritas, y PRISMA y otras instituciones han conformado la "Iniciativa contra la desnutrición infantil" y están sacando a la luz el tema de la desnutrición crónica como un elemento importante en la lucha contra la pobreza, tal es así que el Presidente Alan García Pérez entre sus metas y políticas ha planteado reducir la desnutrición crónica al 5% al final de su periodo de gobierno.

Las instituciones de la "Iniciativa", desde sus experiencias concretas pueden demostrar que han logrado reducir la desnutrición en sus ámbitos de intervención, un ejemplo claro es que en una comunidad ha reducido la desnutrición crónica en tres años de intervención. Fernando destacó que un elemento fundamental para demostrar las evidencias de los cambios en el tema de la desnutrición ha sido el Monitoreo y Evaluación (MyE), pues cada una de las instituciones ha trabajado "fuerte" en el tema.

Referente al tema de la desnutrición crónica manifestó que las instituciones de la Iniciativa trabajan con un enfoque preventivo más que curativo y son un gran aporte para el MIMDES y sobre todo para el PRONAA. Asimismo, señaló que bajo este enfoque se trabaja fundamentalmente

con los siguientes componentes: agua segura y saneamiento, capacitación a las madres, servicios de salud de calidad y acceso a los ingresos y básicamente con la población mas vulnerable, es decir, niños y niñas menores de tres años y las madres gestantes.

En cuanto al tema de MyE, señaló que es importante tener el mínimo necesario de indicadores, es decir, tres o cuatro indicadores que pueden mostrar los logros de los proyectos o programas; por ejemplo, en el caso del componente productivo utilizan dos indicadores de efecto e impacto (ventas y empleos). Señaló que los indicadores de proceso también son importantes porque son el soporte para los indicadores de impacto.

Durante su presentación Fernando nos hizo una breve descripción del proceso que han pasado las instituciones que han recibido apoyo de USAID en el tema de la seguridad alimentaria, a saber:

Desde el año 2001 (con el gobierno de Paniagua), empezaron a trabajar con el MIMDES promoviendo la iniciativa de juntar 14 programas. Las instituciones de la Iniciativa aportan con el fin de reestructurar los programas nutricionales del Estado. Durante ese periodo se evidencia que los programas no tenían un sistema de MyE y por lo tanto, no se conocía de los impactos, no habían estudios de base y no se tenía conocimiento del grupo poblacional objetivo. Sólo se conocía del número de raciones que se distribuía.

En el 2002 (con el gobierno de Toledo) presentan una propuesta para la reestructuración de los programas, sobre la base de resultados concretos y con metas definidas para seis provincias (Acobamba, Huamanga, Huanta, Satipo y otras dos provincias más). Sin embargo, hasta el 2006 no se había firmado convenio de cooperación con los alcaldes de dichas provincias y por ello, no hubo resultado alguno.

Los fondos disponibles para esta iniciativa eran de US\$ 200,000 aproximadamente. Fernando, además, comentó que durante este periodo hubo recursos financieros para programas de seguridad alimentaria, tales como fondos del BID por 800 mil dólares, BM por dos millones de dólares aproximadamente, sin embargo estos fondos no fueron utilizados por la falta de profesionales idóneos que pudieran apalancar dichos fondos. En el caso del BID se requería elaborar los TdR para el uso de esos fondos, y no se hizo por falta de capacidad técnica.

En marzo 2006, CARE conjuntamente con las instituciones que trabajan con fondos de Título II

propician la formación de la “Iniciativa contra la desnutrición infantil”, para la cual convocan al Banco Mundial, UNICEF, entre otros, así como también al equipo técnico de la actual Ministra del MIMDES. Uno de los resultados de esta iniciativa fue proponer como política pública la reducción de la desnutrición crónica en 5% por el actual gobierno. ¿Por qué la cifra de 5%?, Fernando señaló que las instituciones de Título II, han demostrado con evidencias concretas y sobre la base de su sistema de MyE que es plausible la reducción de la desnutrición a ese nivel.

Actualmente, en el departamento donde labora Fernando (Desarrollo Económico y Medio Ambiente), están interesados en el tema del indicador de desnutrición, por ello han realizado convenios con instituciones ligadas al tema como es el caso del CENAN (Centro Nacional de Nutrición), quien está encargado de medir indicadores de nutrición. Así como también con el MINSA, a través del MONIN (monitoreo de la nutrición). Referente al indicador de desnutrición, los participantes en la reunión señalaron las siguientes preguntas: ¿Quién está encargado de medir la nutrición?, ¿quiénes demandan la información sobre este indicador? surgiendo los siguientes comentarios-preguntas:

- ¿Debería ser el MIMDES, a través del MONIN?
- ¿La ENDES?
- Los que usan la información, ¿deberían ser las agencias, los gobiernos locales, los financiadores, el gobierno?

En cuanto a los programas de Título II señaló que hubo fracasos y éxitos, a saber:

Fracasos

- Las instituciones han trabajado en tres componentes: i) salud y nutrición, ii) actividades productivas económicas y iii) microfinanzas. Inicialmente con un enfoque de oferta lo que posteriormente fue corregido.
- En el mayor lapso de intervención se dio mucho énfasis a la distribución de alimentos cómo elemento importante para reducir la desnutrición.

Éxitos

- Articulación entre comunidades, gobiernos locales y cooperación.
- Las comunidades participaban en las diferentes actividades, siendo su aporte 1/3 del total.

- Aparece el Programas JUNTOS del gobierno.
- Se trabaja bajo el enfoque de gestión por resultados.
- Se conoce la población objetivo focalizado en menores de 3 años y con enfoque preventivo y no curativo.
- En la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza se ha puesto las 11 prioridades sobre desnutrición y el presupuesto por resultados, clave para ayudar al Estado.

Finalmente, destacó que siendo el tema de los indicadores uno de los pilares de los sistemas de MyE, los miembros de EvalPerú deberíamos ser más proactivos y presentar propuestas de indicadores por resultados en el tema de seguridad alimentaria.

Comentarios y preguntas de los asistentes

- En el tema de gestión por resultados EvalPerú, debería invitar a funcionarios del MEF para una reunión de intercambio.
- EvalPerú puede colaborar con los diferentes programas del Estado para la elaboración de los términos de referencia de las evaluaciones de impacto que convocan.
- EvalPerú debe participar en la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza y presentar propuestas sobre seguimiento y evaluación para las 11 prioridades sobre desnutrición.
- Colaboración con el MINSA para que solo una de sus instituciones/programas realicen la medición del indicador de desnutrición y no tres como actualmente sucede.
- Tantos años de apoyo al tema de la desnutrición, sin embargo, la misma no ha disminuido en los últimos 10 años.
- ¿Reducir la desnutrición al 5% es real? Las experiencias de las instituciones financiadas por USAID (CARE, ADRA, Caritas) han demostrado que es factible dicha reducción.
- En una de las últimas ediciones de CARETAS se ha publicado que la desnutrición se encuentra en 30% y no en el 24% como se maneja oficialmente. Se señaló que ello se

debe al cambio de la metodología por parte de la Organización Mundial de la Salud para medir dicho indicador.

- El problema de la desnutrición es multidimensional, el problema de fondo es la capacidad del Estado por afrontar la situación, el Estado central no funciona. También es un tema en el que debe hacerse incidencia política a nivel regional, provincial y local, que los alcaldes reconozcan el tema de la desnutrición como fundamental.
- La evaluación debería dar información sobre qué intervenciones han sido exitosas y tenido impacto en la reducción de la desnutrición crónica para servir como modelos de replicabilidad. Por ejemplo, en el caso Mexicano (Programa Oportunidades), mediante una evaluación con diseño experimental han logrado medir los cambios atribuibles al programa. Fernando señaló que, en el caso del Perú, se puede revisar las evaluaciones de Programa REDESA, las evaluaciones de ADRA y Caritas que han evidenciado cambios en la desnutrición crónica.
- La experiencia de las instituciones con apoyo de USAID debe ser documentada y difundida para no volver a repetir los errores cometidos y mejorar los logros alcanzados y a partir de ello, presentar una propuesta documentada tanto en política y acciones concretas al Estado y a los responsables de los programas nutricionales ¿La red podría hacer este esfuerzo?
- La red debería presentar una propuesta a USAID, para hacer un observatorio de desnutrición crónica, analizar las tres fuentes de información existentes y proponer acciones concretas.
- Si bien es cierto que el indicador de desnutrición es bandera en caso de intervenciones de seguridad alimentaria, sin embargo actualmente este mismo indicador se viene utilizando como indicador de calidad de vida ¿es apropiado este indicador para medir calidad de vida? Fernando señaló que solo es en cierta medida, ya que la desnutrición crónica va de la mano con la pobreza.

- Actualmente cerca de 780 mil niños menores de 3 años estarían sufriendo desnutrición crónica.
- La red EvalPerú debe participar en sesiones de validación de propuestas de evaluación, es decir, EvalPerú debe ser un referente técnico, un veedor. Por ejemplo, uno de los miembros de nuestra red participó en la sesión de validación de la evaluación del programa JUNTOS, proponiendo cambios en el diseño metodológico.

Acuerdos

Se acordó tener este tipo de espacios los **últimos jueves de cada mes**, donde cada miembro de la red pueda compartir su experiencia o presentar alguna propuesta de evaluación y ser enriquecida por los miembros participantes.

Próxima reunión

Jueves 31 de mayo a 6:30 p.m.

Participantes en la reunión

Amalia Cuba, Fernando Chávez, Susana Guevara, Jorge Noriega, Antonio Pozo, Emma Rotondo, Carlos Salazar, Aníbal Velásquez, Molvina Zeballos.

Noticias Noticias ...

Reuniones del CC

El CC se ha reunido dos veces en lo que va de su período. Las coordinaciones generalmente se realizan por internet.

Las cuotas de membresía

Casi todos los miembros se pusieron al día con sus cuotas del 2006. Varios (6) han pagado el semestre o el año 2007. ¡Aprovechemos las reuniones de intercambio para ponernos al día!

ReLAC

La II Conferencia de la ReLAC denominada "**Aportes del Seguimiento y Evaluación a la Gobernabilidad y Democracia**" se realizará en Bogotá, Colombia entre el 17 y 21 de julio de 2007, en el Metrotel Royal Park (ex Hotel Humboldt). Las inscripciones se encuentran abiertas y el respectivo formato, así como el detalle de la conferencia, pueden encontrarlo en la página web de la ReLAC www.relacweb.org.

Informes adicionales, solicitarlos a la siguiente dirección electrónica:

conferenciarelac2007@yahoo.com

Representante de EvalPerú ante la asamblea de la ReLAC

En la reunión de intercambio se acordó que el representante de nuestra red ante la asamblea de la ReLAC es Aníbal Velásquez como miembro del Comité Coordinador del EvalPerú. Dado que Aníbal no podrá asistir a la asamblea de la ReLAC, convocada para julio del presente año, la persona que lo represente, tendrá voz y voto en la asamblea.

Propuesta para desarrollar el silabo de un curso de evaluación en la Universidad Cayetano Heredia

Existe la posibilidad de dictar un curso de Evaluación de Impacto de Programas Sociales con uso de STATA en la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El Jefe de Post-grado ha mostrado interés por este curso.

La Universidad contrata a profesores que ofrezcan algún curso. Los interesados en dictar el curso deberán presentar una propuesta para que el Consejo de Facultad lo evalúe. Si hay miembros de la Red Eval Perú interesados en preparar el silabo del curso se pueden comunicar con Aníbal Velásquez a: anibal.velasquez@gmail.com. Esta podría ser una forma de obtener recursos para nuestra Red.

Grupos autogenerados

Emma Rotondo ha propuesto formar un grupo para apoyar a la Especialidad de Trabajo Social de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, que desde el año 2004 viene desarrollando el diploma de especialización en Monitoreo y Evaluación de Proyectos Sociales, en la reestructuración del plan de estudios del mencionado diploma. Hay una convocatoria para un taller de trabajo que se realizará el 2 de junio del presente de 9:00 am a 2:00 pm en el local de la Especialidad en la PUCP.

Recursos para entrenamiento en Monitoreo y Evaluación del Proyecto MEASURE Evaluation

A través de MENTOR (Monitoring and Evaluation Network of Training Online Resources), MEASURE Evaluation ha puesto a disposición gratuita material y herramientas sobre M&E. Estos materiales fueron desarrollados por expertos.

Para información adicional pueden contactarse con measure_mentor@unc.edu o visitar el siguiente link en Internet:

<http://www.cpc.unc.edu/measure/training/mentor>

En esta dirección pueden obtener de forma gratuita estos materiales en versión magnética o impresa.

Cumplieron años:

Antonio Pozo (6 de enero)

Amalia Cuba (10 de enero)

Aníbal Velásquez y Ana María Villafuerte (22 de enero)

Fernando Chávez (8 de marzo)

Brenda Bucheli (10 de abril)

Será hasta el próximo Kallpachaq.

Saludos,

CC EvalPerú