

**CONSULTORES PARA PROYECTO PILOTO
INTERSECTORIAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA:**

INFORME PRODUCTOS 4:

EJECUCIÓN E INFORME DE LA EVALUACIÓN FINAL

NOVIEMBRE 2022

Este informe fue elaborado por los consultores del Consejo de Salud Rural Andino, Ramiro Llanque (Salud Pública), Sofia Juanes (Estadística) y Raul Burgos (Ingeniero Informático).

ABREVIACIONES

CAF	Banco de Desarrollo de America Latina
COVID-19	Coronavirus -19
CS	Centro de Salud
CSRA	Consejo de Salud Rural Andino
CT	Cooperación Técnica
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
EF	Evaluación Final
JMP	Joint Monitoring Program (Programa de Monitoreo Conjunto)
LB	Línea de Base
m.s.n.m	metros sobre el nivel del mar
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PS	Puesto de Salud
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UE	Unidad Educativa
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Agua Saneamiento e Higiene)

CONTENIDO

ANTECEDENTES	4
DISEÑO DE LA EVALUACIÓN FINAL	6
METODOLOGÍA.....	7
HALLAZGOS.....	9
HALLAZGOS SOBRE LOS PRODUCTOS – COMPONENTE FAMILIA Y COMUNIDAD.....	9
HALLAZGOS SOBRE LOS RESULTADOS – COMPONENTE FAMILIA Y COMUNIDAD.....	12
CONCLUSIONES	21

ANTECEDENTES

CAF ha promovido el desarrollo de la Cooperación Técnica (CT) no reembolsable "Creciendo con Agua Segura". Esta CT tiene como objetivo general el de contribuir a la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica de la niñez boliviana mediante la aplicación de un modelo de intervención integral e intersectorial (junto a aliados estratégicos: Ministerio de Medio Ambiente y Agua, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Agencias de Cooperación (Unicef/OPS/OMS y CAF) para la promoción efectiva de prácticas de agua, higiene, salud, nutrición y estimulación del desarrollo infantil, en tres regiones seleccionadas, a saber: Caripuyo (Potosí) en Altiplano; Tarabuco (Chuquisaca) en Valles; Entre Ríos (Tarija) en Llanos, que cuentan con Proyectos MIAGUA.

Los objetivos específicos de la CT son: a) Promover e instrumentar la aplicación de prácticas clave de consumo de agua para beber, higiene y saneamiento, salud, nutrición y desarrollo infantil para la disminución de la desnutrición en la primera infancia (desde el inicio del embarazo hasta los 5 años) por parte de las familias y comunidades seleccionadas; b) Establecer acciones WASH (Agua, Saneamiento, Higiene) y nutrición, en Centros Infantiles, Unidades Educativas de nivel inicial y primario y en Establecimientos de Salud en los sitios de implementación del Proyecto Piloto; c) Determinar mediante la sistematización, documentación y evaluación del Proyecto, su potencialidad de expansión e incorporación en futuras actividades de provisión de agua u otros proyectos de inversión.

Para la ejecución del proyecto, CAF contrató dos grupos de consultores: uno para la implementación, que incluye el desarrollo de las actividades relacionadas con el proceso de implementación (adecuación de materiales, capacitación, acompañamiento y otras) y otro grupo para el desarrollo y ejecución de actividades relacionadas con el monitoreo y evaluación. El Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) fue contratado como equipo evaluador.

En la fase de inicial de planificación del proyecto, el equipo de CAF, junto a los equipos de implementación y de evaluación trabajaron en la Teoría de Cambio y la cadena de resultados de CAS. A continuación, se muestran los resultados de impacto, los productos y resultados clave por componentes:

Resultados de impacto

RESULTADOS	
	- Se ha contribuido a la reducción de la desnutrición infantil crónica en menores de 5 años.
	- Se ha reducido la prevalencia e incidencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años.

Componente familia y comunidad

	PRODUCTOS	RESULTADOS
	1. Red de capacitadores locales voluntarios organizada, equipada y funcionando.	1. Padres, madres y cuidadores demuestran prácticas mejoradas en WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna
	2. Familias capacitadas en WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna.	2. Padres, madres y cuidadores aplican prácticas de prevención de la desnutrición desde la gestación.
	3. Padres, madres y cuidadores cuentan con información y materiales sobre WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna.	3. Padres y cuidadores varones participan en los cuidados de la mujer embarazada, del recién nacido y del menor de 5 años.
	4. Autoridades y líderes locales sensibilizados	4. Autoridades y líderes locales asignan recursos para programas comunitarios sobre WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna.

Componente Unidades Educativas

	PRODUCTOS	RESULTADOS
	1. Personal de las unidades educativas (directores, maestros, administrativos) y de los centros infantiles, capacitados en WASH, nutrición, salud materna, desarrollo infantil y patología prevalente	1. Maestros aplican la currícula educativa con contenidos de WASH, nutrición, salud materna, desarrollo infantil y patología prevalente, según lo establecido por el Ministerio de Educación
	2. Juntas escolares y estudiantes capacitados por maestros sobre WASH, nutrición, salud materna, desarrollo infantil y patología prevalente	2. Los estudiantes han mejorados sus prácticas de nutrición e higiene en las unidades educativas.
	3. Paquete de recursos instruccionales para maestros sobre WASH, nutrición, salud materna, desarrollo infantil y patología prevalente	3. Las unidades educativas mejoran sus condiciones para implementar acciones WASH, nutrición, salud materna, desarrollo infantil y patología prevalente
	4. Rincones de higiene restablecidos o reactivados en las unidades educativas.	4. Cuidadores de centros infantiles utilizan prácticas adecuadas de WASH, nutrición y desarrollo infantil
	5. Rincones de nutrición establecidos o reactivados en las unidades educativas.	

Componente Establecimientos de Salud

	PRODUCTOS	RESULTADOS
	1. Personal de salud capacitado y actualizado en gestión municipal, WASH, nutrición, desarrollo Infantil, salud materna, patología prevalente y emergente, manejo de desechos y bioseguridad.	1. Personal de salud integra en sus actividades cotidianas y de promoción en salud, temas, problemas y soluciones WASH
	2. Comité local de Salud organizado y funcionando, realiza acciones de incidencia en WASH, nutrición, desarrollo Infantil, salud materna, patología prevalente y emergente.	2. En los establecimientos de salud se implementan protocolos y procesos de WASH, nutrición, desarrollo Infantil, salud materna, patología prevalente y emergente, manejo de desechos y bioseguridad.
	3. Establecimientos de salud con condiciones mejoradas en WASH (bioseguridad y gestión de desechos).	3. Mejoradas las coberturas de atención materna e infantil

DISEÑO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Objetivo de la Evaluación Final: La EF del proyecto tiene el objetivo de medir los productos y algunos indicadores de resultado a partir de datos primarios y la revisión y triangulación de información secundaria cualitativa.

Enfoque de la Evaluación Final: La EF se concentró en la medición de los **productos y resultados del componente hogar** en las áreas geográficas definidas originalmente para la implementación del proyecto. Los productos y resultados de Establecimientos de Salud y Unidades Educativas no fueron medidos, por las siguientes razones: 1) El informe de monitoreo, realizado un mes antes de la EF, reveló que no se habían encontrado avances en la implementación de las prácticas clave en esos dos componentes y; 2) El tiempo disponible para la EF era ínfimo y era necesario priorizar el trabajo. Este enfoque de la EF se convierte de todas maneras en una limitación del estudio.

Diseño: La EF se desarrolló a partir de un estudio de corte transversal basado en una encuesta probabilística como fuente primaria y conclusiones cualitativas de un estudio previo como fuente secundaria. La encuesta incluyó indicadores seleccionados sobre agua, higiene, saneamiento y alimentación y se aplicó a madres de niños menores de 5 años replicando lo realizado en la Línea de Base (LB).

Población Objetivo: Definido como las madres con niños menores de 5 años que residen en los municipios y en las áreas predefinidas de trabajo de los siguientes establecimientos de salud:

Tabla 1: área de implementación/establecimientos de salud

Tarabuco	Entre Ríos	Caripuyo
<ul style="list-style-type: none">▪ C.S. San Juan de Dios▪ PS. El Carmen	<ul style="list-style-type: none">▪ C.S. Entre Ríos▪ C.S. Narváez▪ C.S. Saladito▪ C.S. San Diego Norte▪ C.S. Serere Sud▪ C.S. Valle del Medio	<ul style="list-style-type: none">▪ C.S. Caripuyo▪ C.S. Huanacoma▪ C.S. Juntavi

Marco de muestreo: Para la selección de la muestra de la encuesta de EF se utilizó el marco muestral de la encuesta de LB, misma que había sido elaborada con la información de los carnets de salud infantil de los niños menores de 5 años obtenida de los establecimientos de salud dentro del área predefinida del proyecto. Para la EF se excluyó de esta lista a los niños que cumplieron 5 años a la fecha de la encuesta. El marco de muestreo contiene las variables: departamento, municipio, establecimiento de salud, centro poblado o comunidad, nombre de la madre, nombre del niño, fecha de nacimiento, edad del niño.

Método de muestreo: El método de muestreo fue probabilístico y considera la aplicación por municipio con la siguiente característica: muestreo por conglomerados en dos etapas de selección, el conglomerado para el centro poblado estará definido por los barrios municipales y en el área dispersa será la comunidad que coincide con la unidad de la primera etapa de selección y la unidad de segunda etapa de selección estará definida por la familia con madres de niños menores de 5 años.

Tamaño de la muestra: El cálculo del tamaño de muestra se realizó a partir de un muestreo aleatorio simple considerando proporción 0.5 a favor de la alternativa deseada con máxima varianza, un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo del 10% para Entre Ríos, Caripuyo y Tarabuco.

$$n_{opt} = \frac{Nz^2pq}{Ne^2 + z^2pq}$$

Donde: N_{opt} = Tamaño óptimo de la muestra para poblaciones finitas
 Z = Valor obtenido para el nivel de confianza
 e = Error de muestreo
 P = proporción para la variabilidad máxima

El cálculo del tamaño de muestra se realizó de manera independiente en cada uno de los municipios. Siendo el tamaño total de la muestra igual a la suma de las muestras de cada municipio, llegando totalizar 195 familias con madres de niños menores de 5 años como muestra planificada y una muestra efectiva de 202 familias.

Tabla 2: Distribución de la muestra por municipio

Municipio	Niños < de 5 años			Familias con madres de niños <5 años	Muestra planificada: Madres con niños <5 años	Muestra efectiva: Madres con niños <5 años
	Niños <2 a	Niños de 2 – 4	Total			
Total	230	574	804	744	195	202
Entre Ríos	125	337	462	432	79	82
Caripuyo	33	83	116	105	50	50
Tarabuco	72	154	226	207	66	70

Selección de la muestra: La selección en la primera etapa es con probabilidad proporcional al tamaño del número de familias; y en segunda etapa una muestra de familias con igual probabilidad de selección, a partir de un muestreo aleatorio sistemático.

METODOLOGÍA

Instrumento de recolección de datos: Se aplicó el instrumento de encuesta para hogares utilizado en la LB, ajustado en sus preguntas, acorde a los indicadores priorizados (Anexo 1). Luego se diseñó la encuesta en versión electrónica y se utilizó el [ONA](#), herramienta de gestión de datos de encuestas, que permite la digitalización y procesamiento simultáneo, y se basa en la utilización de teléfonos móviles inteligentes.

Selección de participantes: Las madres con niños <5 años fueron elegidas al azar a partir de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madres de niños o niñas menores de 5 años ▪ Residentes en las zonas de realización de encuesta (Residente= Se ha establecido o tiene domicilio permanente con su familia) ▪ Madre biológica=que concibió y dio a luz al niño(a) ▪ Madre que acepte voluntariamente que durante la encuesta se pueda observar algunos sitios de su vivienda, especialmente la cocina y el patio donde está la letrina o baño. ▪ Si el hogar seleccionado tiene más de una madre que cumple con los criterios, se seleccionará una al azar. ▪ Si la madre seleccionada tiene más de un hijo (a) menor de 5 años, las preguntas se centrarán en el hijo (a) vivo (a) más pequeño. ▪ Si la madre está actualmente embarazada, las preguntas se centrarán en el embarazo del niño (a) más pequeño (a) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madre no biológica del niño (a) índice ▪ Madre que estaba temporalmente viviendo en la zona de la encuesta ▪ Madre que no desea participar

La selección tuvo lugar en dos pasos: Inicialmente, los encuestadores seleccionaron al azar un hogar dentro del área geográfica de la encuesta y preguntaron si hay madres con niños o niñas <5 años que cumplieran los criterios de inclusión. Para el segundo paso, la selección aleatoria se llevó a cabo en el hogar si había más de una mujer con un niño o niña <5 años.

Todos los participantes recibieron una hoja informativa y de consentimiento apropiados para los participantes.

Procesamiento y análisis de la información: Las respuestas de las encuestas se procesaron y analizaron utilizando SPSS. Se utilizó estadística descriptiva para resumir, describir y visualizar todos los datos disponibles en el conjunto de datos y estadística analítica para comprobar la significancia estadística de valores comparados entre la LB y EF. Para este último proceso, se aplicó prueba de hipótesis de la igualdad entre dos proporciones p_1 y p_2 observadas en muestras diferentes de tamaños diferentes n_1 y n_2 extraídas de una población objetivo. El contraste de la hipótesis es bilateral y se han seguido los siguientes principios: 1) Planteamiento de la hipótesis (H_0 - Nula: No existe diferencia entre las proporciones p_1 y p_2 ; H_1 -Alternativa: Existe diferencia entre las proporciones p_1 y p_2); 2) Nivel de significancia del 95% y p -valor=0.05; 3) Método y aplicación de los estadísticos: test de Levene de homogeneidad para muestras independientes y el estadístico t-student para el contraste; 4) Criterio de decisión: Si p -valor es menor al 5% se rechaza la hipótesis nula se acepta la hipótesis alterna.

Limitaciones: Para la encuesta a hogares, la estimación de la muestra permitió dar información a nivel total y secciones de municipios y aplica los estimadores para el total y estimadores de razón.

Como se habían mencionado, no se midieron todos los indicadores de LB debido a limitación de tiempo.

HALLAZGOS

A continuación, se describirán los resultados de la medición de los productos y resultados del componente de hogar y comunidad:

HALLAZGOS SOBRE LOS PRODUCTOS – COMPONENTE FAMILIA Y COMUNIDAD

Estos hallazgos se obtuvieron de información secundaria con base en entrevistas realizadas para el proyecto CAS durante el monitoreo:

P.1. Red de capacitadores locales voluntarios organizada, equipada y funcionando.

Se constató la conformación de los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN) en los 3 municipios, como espacio intersectorial de dialogo y abordaje de acciones tendientes a mejorar la situación de nutrición de niños, niñas y sus familias. En cada lugar la presencia del gobierno municipal, a través de su alcalde, concejal o delegado técnico estaba presente y otros actores técnicos acorde con las necesidades de cada municipio, entre ellos el personal de salud. Es importante recalcar que, según las entrevistas realizadas a los participantes del proyecto en la etapa de monitoreo, ellos resaltaron mayor participación de los COMAN de Entre Ríos y Caripuyo en comparación al de Tarabuco *“los del COMAN nos han motivado a acelerar proyectos de agua”* (Personal gobierno municipal Caripuyo); *“El COMAN esta siempre pendiente de nuestras actividades”* (personal de salud de San Diego Entre Ríos), *“la verdad es que no sé del COMAN, no hemos escuchado nada”* (Técnico EPSAS de Tarabuco)

Se evidenció también la organización de un grupo de personas en cada municipio, denominada *red local multisectorial de capacitación* cuyo objetivo es llegar con información sobre “prácticas saludables” relacionadas con consumo de agua segura, higiene personal, de los alimentos, la vivienda y el entorno, saneamiento básico, nutrición materno Infantil y crecimiento y desarrollo, hasta las familias y comunidades. Se constató la presencia de diferentes sectores en cada una de las redes, como personal de salud, la Unidad de Nutrición Integral (UNI), personal de educación, personal del gobierno municipal (de unidades como gestión de riesgos y/o desarrollo humano y/o saneamiento ambiental o agua), y representantes de la comunidad.

Estas tres redes locales multisectoriales fueron capacitadas en una ocasión por el equipo implementador, en prácticas clave relacionadas con consumo de agua segura, higiene personal, de los alimentos, la vivienda y el entorno, saneamiento básico, nutrición materno Infantil y crecimiento y desarrollo. Se capacitaron 96 personas con un mayor porcentaje de participación de personal de salud (42%), entre médicos, enfermeras y personal de gestión. En el caso de Tarabuco solamente participaron 4 personas quienes luego en un taller adicional replicaron la capacitación a la mayor parte del personal de la red municipal de salud. La participación del gobierno municipal fue mayoritaria en Entre Ríos y Caripuyo, la del personal comunitario minoritaria en los tres municipios y del sector educativo débil en Caripuyo con solo 3 asistentes:

Tabla 4: Personal capacitado en prácticas clave

Nº	Municipio	PS	Gob Municipal	UNI	Unidad Educativa	Comunidad	Total	Procedencia
1	Tarabuco	4	2	2	11	4	23	10 comunidades y barrios del área local de Tarabuco
2	Entre Rios	12	9	2	10	4	37	7 áreas municipales
3	Caripuyo	24	6	1	3	2	36	6 áreas municipales

Total	40	17	5	24	10	96	
%	42%	18%	5%	24%	11%		

Se resalta también que la capacitación alcanzó a más allá del área preseleccionada en los tres municipios que representa un valor agregado o efecto no esperado del proyecto, aspecto que beneficiará al municipio en su conjunto.

P.2: Familias capacitadas en WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna.

En la encuesta a madres de niños menores de 5 años, durante la EF, se consultó si ellas habían participado o recibido alguna capacitación, por cualquier medio, ya sea a través de visita domiciliaria o durante reuniones comunitarias. Se especificó que en estas reuniones hubieran recibido información, sobre alimentación, higiene, saneamiento básico o estimulación temprana. Según la encuesta un 23,8% (48/202) entre los tres municipios mencionaron que habían recibido alguna información, lo que evidencia en general un buen nivel de participación, considerando que solamente hubo unos 3 a 4 meses efectivos de proyecto. Entre los tres municipios, Caripuyo muestra el nivel más bajo con solamente un 14% de madres que mencionaron haber recibido algún servicio de información durante el tiempo del proyecto (Tabla 5).

Tabla 5: Madres que mencionan haber recibido capacitación en prácticas clave en la encuesta

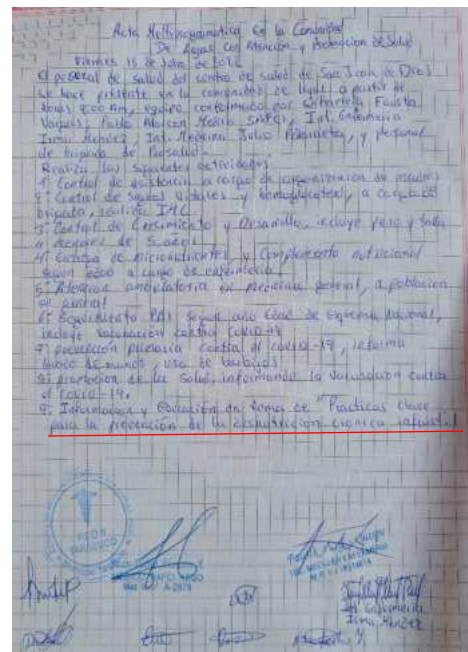
	Entre Ríos (Tarija)		Caripuyo (Potosí)		Tarabuco (Chuquisaca)		Total	
Si	23	28%	7	14%	18	25,7%	48	23,8%
No	57	69,5%	43	86%	51	72,9%	151	74,8%
No sabe	2	2,4%	0	0%	1	1,4%	3	1,5%
	82	100%	50	100%	70	100%	202	100%

Las redes locales multisectoriales de capacitación tenían la tarea de replicar la capacitación horizontalmente, hacia sus pares, es decir desde el médico hacia su personal de salud en el establecimiento o las directoras a sus profesores en sus unidades educativas y verticalmente hacia las familias en las comunidades.

Las personas entrevistadas en las visitas de monitoreo mencionaron actividades de réplica como la realización de talleres al personal de salud o entre el personal de las unidades educativas, en los tres municipios. La mayoría había socializado o replicado sobre los mensajes a través de sesiones grupales (Asambleas o visitas comunitarias multiprogramáticas o a través de la realización de ferias de salud como fue el caso de Tarabuco) y muy pocos del personal de salud tuvieron oportunidad de socializar la información en Visitas Domiciliarias.

Las respuestas de los entrevistados sugieren que la socialización sobre los mensajes clave en reuniones grupales (reuniones comunitarias) era puntual por el poco espacio de tiempo que le otorgan al personal de salud en estos espacios. “En las reuniones comunitarias te dan el último punto de la agenda, ya se quieren escapar, entonces no sabes como lo han tomado, algunos bien, pero otros quizás solo les interesa, terminar la reunión para atender sus cosas en su casa” (Personal de salud Caripuyo – Juntavi). En la foto (Figura 1) se muestra

Fig 1: Foto: Acta de socialización comunitaria



un acta de actividad comunitaria donde se registra la actividad de socialización en el último punto de agenda (del personal de salud de Tarabuco).

P.3: Padres, madres y cuidadores cuentan con información y materiales sobre WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna.

Se constató que en la mayor parte de los casos la información que llegó a las comunidades hacia las familias fue verbal, en cambio en otros casos se evidenció la entrega a las familias de almanaques con los mensajes clave.

P.4: Autoridades y líderes locales sensibilizados

En la visita de monitoreo del proyecto, se constató que muchas autoridades, incluidos los alcaldes u otro personal municipal de liderazgo estaban enterados del proyecto CAS. De la misma manera entre el personal del sector educativo, los directores distritales de educación u otros miembros de esa entidad conocían el proyecto, específicamente sobre los objetivos del proyecto y los mensajes clave.

Sin embargo, algunos actores mencionaron que otras autoridades y líderes deberán ser incorporados. Según personal de Entre Ríos, además de los COMAN hay otras autoridades en Tarija que no se han tomado en cuenta en la convocatoria en las comunidades, como los corregidores *"Aquí la figura del corregidor es muy importante y puede ayudar en las actividades de convocatoria para las réplicas"*

En Tarabuco, el médico Responsable SAFCI, mencionó que un gran ausente para liderazgo de este proyecto es el personal SAFCI por su mandato en el abordaje de la intersectorialidad, la promoción de la salud, las determinantes, y sobre todo porque están alentando proyectos intersectoriales como: contaminación ambiental, saneamiento domiciliario, medicina tradicional y el fortalecimiento de la estructura social.

HALLAZGOS SOBRE LOS RESULTADOS – COMPONENTE FAMILIA Y COMUNIDAD

A continuación, se describirán los hallazgos cuantitativos provenientes del análisis de las encuestas de hogares relacionados al *Componente de familia y comunidad*.

Tabla 6: Resultados del componente Familia y Comunidad

RESULTADOS – COMPONENTE FAMILIA Y COMUNIDAD	
1.	Padres, madres y cuidadores demuestran prácticas mejoradas en WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna
2.	Padres, madres y cuidadores aplican prácticas de prevención de la desnutrición desde la gestación.
3.	Padres y cuidadores varones participan en los cuidados de la mujer embarazada, del recién nacido y del menor de 5 años.
4.	Autoridades y líderes locales asignan recursos para programas comunitarios sobre WASH, nutrición, desarrollo infantil y salud materna.

De los 4 resultados del componente de Familia y Comunidad, se han medido indicadores del Resultado 1 (Tabla 6), que están relacionados con *prácticas clave para la familia/hogar* incluidos en los materiales de comunicación (cartilla educativa de hogares). Esta cartilla fue producida por el equipo de implementación e incluye 14 prácticas clave para hogares y de las cuales se midió 9 (65%). Los siguientes criterios fueron considerados por el equipo de evaluación para la priorización de las 9 prácticas:

- 1) *Disponibilidad de información en la LB*. Las prácticas clave que no tenían información de base, no fueron incluidas.
- 2) *Sesgo repetición de información de la LB*. Durante la planificación de la EF se supuso que la extensión corta del proyecto generaría la posibilidad de que las madres de la encuesta de EF respondan sobre una práctica relacionada al mismo hijo de la LB, provocando que se releve la misma información de LB. La pregunta retrospectiva sobre lactancia exclusiva de los niños en sus primeros 6 meses de edad es un ejemplo de ese tipo de indicadores o la alimentación durante el embarazo, provisión de algunos micronutrientes como la Vitamina A que se suministra cada 6 meses, entre otros.

Se utilizarán como títulos las prácticas clave para describir y analizar sus hallazgos. La mayor parte partiendo del análisis de los resultados globales de los 3 municipios y resaltando algunos datos particulares de los municipios, sin embargo, se incluye en el **Anexo x** los cuadros por municipios para más información.

1. CONSUMO DE AGUA SEGURA

Esta práctica incluye a la vez dos prácticas relacionadas, según la cartilla educativa:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Hervir el agua al menos durante 1 minuto o emplear algún otro método de desinfección.2. Guardar el agua fuera del alcance de los animales, en un envase limpio y tapado. |
|--|

% de madres o cuidadores de niños < de 5 años, que indican consumir agua segura

Se mantiene alto el porcentaje de familias que no tratan el agua o no toman agua segura¹ (LB 55% y EF 44%), y solamente el 28% en LB y 28,7% en la EF mencionaron que hierven el agua. Las principales respuestas obtenidas en la EF, de porque no tratan el agua antes de consumirla, son las mismas de la LB: “porque cambia el sabor”, “porque no tienen tiempo para hacerlo” y “porque nadie acostumbra a hacerlo”.

¹ (2) WASH: Paquete de herramientas para el Monitoreo. Unicef. 2011

No hay diferencias relevantes en la información específica de cada municipio. El agua envasada sigue siendo fuente de consumo, principalmente en Entre Ríos.

% de familias que demuestran almacenar el agua para consumo según recomendaciones

En el resultado global en los tres municipios se muestra un incremento del porcentaje de madres encuestadas que almacenan agua para tomar y que mencionaron *tapan el recipiente donde conservan el agua* (49,1% - 163/332 en la LB y 58,9% - 86/146), sin embargo, luego de aplicar prueba estadística, se concluye que esta diferencia no es significativa ($p=0,084$).

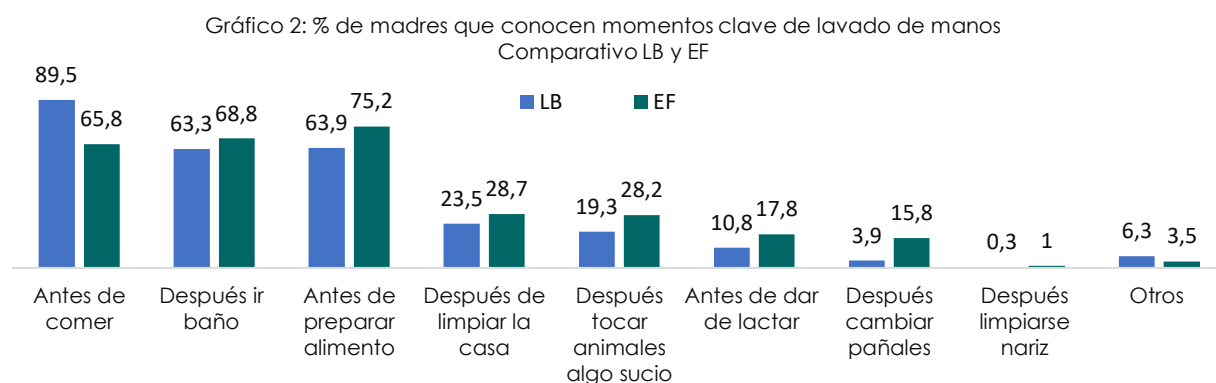
2. LAVAR CONTINUAMENTE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN

La cartilla educativa promueve los siguientes 7 momentos clave para el lavado de manos:

1. Después de ir al baño o letrina
2. Después de cambiar los pañales
3. Después de limpiarse la nariz, toser, o estornudar
4. Después de tocar animales u objetos sucios
5. Antes de preparar cualquier alimento
6. Antes de comer
7. Antes de dar de lactar o dar de los comer a los niños

% de madres que conocen los momentos clave de lavado de manos

El gráfico 2 muestra el nivel de conocimiento de madres encuestadas respecto de momentos clave de lavado de manos en la encuesta de EF comparado con la LB:



Los resultados de la encuesta de EF muestran un incremento de entre 5 a 12 puntos porcentuales en la mayor parte de los momentos clave de lavado de manos. Como ejemplo, se aplicó la prueba estadística para el momento: *Antes de preparar alimentos* (LB 63,9% y EF 75,2%) constatándose incremento estadísticamente significativo ($p=0,006$).

Los resultados muestran también, que al igual que en la LB los momentos más conocidos o mencionados son: "antes de comer", "después de ir al baño", y "antes de preparar alimentos" y los momentos menos mencionados tanto en la LB como en la EF son: "después de cambiar pañales" o "antes de dar de lactar o alimentar al niño", entre otros. Este hallazgo sugiere que las acciones de capacitación no hubieran dado preferencia a los momentos menos conocidos.

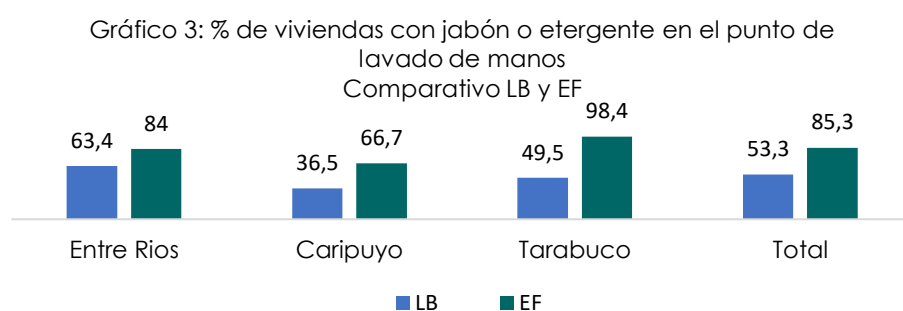
En los tres municipios los resultados por momentos clave de lavado de manos se muestran con la misma tendencia que en el resultado global.

% de viviendas con detergente o jabón en los puntos de lavado manos

Un 92% de viviendas en la LB tenían algún sitio de lavado de manos (sitio fijo o móvil), dato que se confirma en la EF con un 91%.

Respecto a la presencia de algún detergente (jabón, jaboncillo, detergente para lavar ropa u otro detergente) en los puntos de lavado de manos, en la LB se había evidenciado que solamente la mitad de las viviendas visitadas (53,3%- 163/306) tenían jabón u otro detergente disponible en los sitios de lavado de manos. En la EF se revisó de nuevo los sitios de lavado de manos y se constató un incremento importante hasta 83,3% (157/184), estadísticamente significativo ($p=0,005$), en el resultado global entre los tres municipios.

El gráfico 3, muestra incremento de este indicador en los tres municipios:



Adicionalmente se verificó el conocimiento de las madres encuestadas sobre el insumo a utilizar durante el lavado de manos (con jabón, jaboncillo, detergente para lavar ropa u otro detergente), habiéndose constatado que el porcentaje alto de LB (95,2% - 316/332) se mantiene en la EF (95% - 192/202).

3. LAVAR Y CONSERVAR MUY BIEN LOS ALIMENTOS

Esta práctica incluye a la vez cuatro prácticas relacionadas, según la cartilla educativa para hogares:

1. Lavar en agua corriente y limpiar los alimentos que se comen crudos, como frutas y verduras.
2. Conservar los alimentos en lugares alejados de los animales y muy bien cubiertos y protegidos.
3. No mezclar alimentos crudos con alimentos
4. Cocinar muy bien los alimentos, especialmente las carnes

% de padres/madres o cuidadores de niños/as < de 5 años, que aplican recomendaciones de lavado y conservación de alimentos.

La práctica de lavado de alimentos que se comen crudos (pimentón, locoto, lechuga, tomate, cebolla, frutas sin cascara, otros) con agua corriente antes de comerlas, se mantiene elevada en el resultado global 73,3% (148/202) en la EF.

Respecto a la conservación de alimentos, en promedio entre los tres municipios, un 53% en la LB (177/332) mantenían los alimentos (frutas, pan, verduras) en cajas tapadas en su cocina. En la EF esta práctica mostró porcentaje bajo 29,7% en el resultado global (60/202), aunque se debe a un porcentaje bajo de Entre Ríos, donde la mayoría mencionó que no necesitan cajas o recipientes tapados porque guardan los alimentos en refrigerador.

4. MANTENER UNA BUENA HIGIENE PERSONAL EN LOS NIÑOS

La cartilla educativa menciona las siguientes 4 prácticas relacionadas:

1. Asegurar que los niños se bañen por lo menos 3 veces a la semana.
2. Asegurar que los niños hagan su higiene bucal después de las comidas.
3. Asegurar que los niños se laven las manos después de ir al baño, después de limpiarse la nariz, después de tocar animales u objetos sucios y antes de comer
4. Asegurar que los niños cambien su ropa interior y exterior diariamente.

% de padres/madres que bañan a sus niños al menos 3 veces a la semana

Durante la LB se había verificado que un 75% (249/332) de madres en los tres municipios, bañan a sus hijos entre 3 a 7 veces a la semana. En la EF este porcentaje subió a 81,7% (165/202), aunque, según la prueba estadística este incremento no estadísticamente significativo ($p=0,066$).

En los resultados por municipios, se evidencia que Caripuyo muestra porcentajes más bajos comparativamente con los otros municipios en la LB y EF.

5. MANTENER UNA BUENA HIGIENE DEL HOGAR

La cartilla educativa menciona las siguientes 3 prácticas relacionadas:

1. Mantener limpios los pisos de la vivienda.
2. Mantener las mascotas y animales fuera de los dormitorios y áreas de preparación de alimentos.
3. Mantener los corrales limpios y lejos de la vivienda.

% de viviendas que se encuentran limpias en el momento de la visita

El equipo de evaluación observó tres aspectos en las viviendas de las familias visitadas para verificar limpieza: presencia de basura dentro de la vivienda, y/u otro tipo de basura (botellas plásticas, papeles, bolsas plásticas, etc.) y/o heces de animales en el patio. En ese marco, un 71% (235/332), en global entre los tres municipios, presentaban una o más de las variables buscadas. En otras palabras, solamente el 29% (235/332) de las viviendas estaban "limpias" en la LB. Durante la EF el porcentaje de viviendas "limpias" se incrementó a 45,5% (92/202) dato estadísticamente significativo ($p=0,000$).

En los resultados por municipios, se evidencia que Caripuyo muestra porcentajes más bajos de limpieza de la vivienda comparativamente con los otros municipios en la LB y EF.

% de familias que mantienen las mascotas o animales fuera de los dormitorios o áreas de preparación de alimentos

Respecto a la práctica de mantener a las mascotas o animales fuera de los dormitorios o lugares de preparación de alimentos, la encuesta de EF detectó un incremento con significancia estadística desde la LB 25,9% (86/332) de familias que mantienen las mascotas o animales fuera de los dormitorios o áreas de preparación de alimentos a 41.1% (83/202) en la EF en los resultados totales en los tres municipios ($p= 0,000$). No hay diferencias relevantes en la información específica de cada municipio.

6. UTILIZAR BAÑO O LETRINA PARA LA ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

La cartilla educativa menciona las siguientes 3 prácticas relacionadas:

1. Evitar las deposiciones al aire libre.
2. Construir un baño o letrina acorde a la disponibilidad de agua.
3. Mantener el baño o letrina limpia, cerrada y libre de moscas

Los hallazgos durante las visitas a las viviendas confirman que 1 de cada 3 viviendas no tienen baño o letrina, en la LB 29,5% (98/332) y 27,7% (56/202) en la EF, con el porcentaje más alto en Caripuyo (60% en la EF) comparado con los otros municipios, representando este hecho uno de los principales desafíos a mejorar. Se ha confirmado también en la EF que las familias que tienen sus baños o letrinas, las están usando para sus necesidades biológicas y no para otros usos (97% en la LB y 98% en la EF).

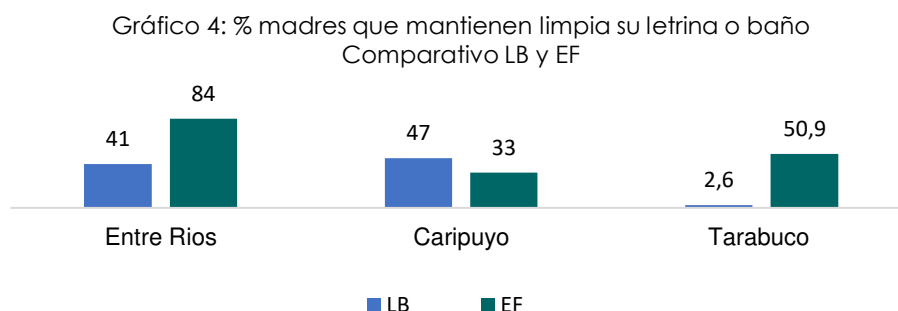
% de familias que mantienen limpia la letrina o baño

El porcentaje de madres que usan las letrinas o baños y los mantienen limpios (según la clasificación WASH²), muestra incremento de la medición de LB a la EF de 28,4% (64/225) a 65,3% (94/144), en la suma global entre los tres municipios. Según la prueba estadística esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,000$).

Limpia (no huelen mal, no hay heces visibles en o alrededor de la instalación, no hay moscas ni basura)
Algo limpia (Hay un poco de hedor y/o signos de materia fecal y/o algunas moscas y/o alguna Basura)
No limpia (Hedor fuerte, y/o materia fecal y/o un problema grave de moscas y/o mucha basura)

La pregunta respecto a "limpieza" de la letrina o baño de encuesta de EF fue la misma de la LB para mantener comparabilidad, y es consistente con el mensaje clave descrito en la cartilla educativa.

Respecto a los resultados específicos por municipio, a continuación, en el gráfico 4 se muestra las diferencias entre LB y EF, resaltándose las diferencias importantes conseguidas principalmente en Entre Ríos y Tarabuco con incremento hasta más de 40 puntos porcentuales y Caripuyo con los resultados más bajos.



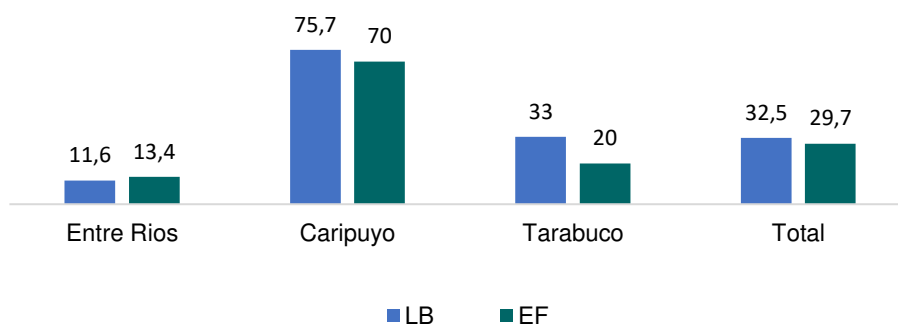
% de padres/madres o cuidadores que hacen sus deposiciones al aire libre

² (4) WASH: Paquete de herramientas para el Monitoreo. Unicef. 2011

El porcentaje de madres que hacen sus deposiciones al aire libre (monte, campo abierto, río), en los tres municipios se mantiene alto en la EF (29,7% - 60/202) cercano al dato de la LB (32,5% - 108/332). Dicho de otra manera, una de tres madres sigue esta práctica, en el resultado global de los tres municipios, en la LB y EF como muestra el gráfico 5.

Si bien este resultado representa un descenso en la EF, el mismo no es estadísticamente significativo ($p=0,496$). Caripuyo, principalmente, y Tarabuco se mantienen como los lugares donde mayor es la práctica de deposiciones al aire libre parte de las madres.

Gráfico 5. % madres que hacen sus deposiciones a campo abierto (comparativo por municipios y LB, EF)



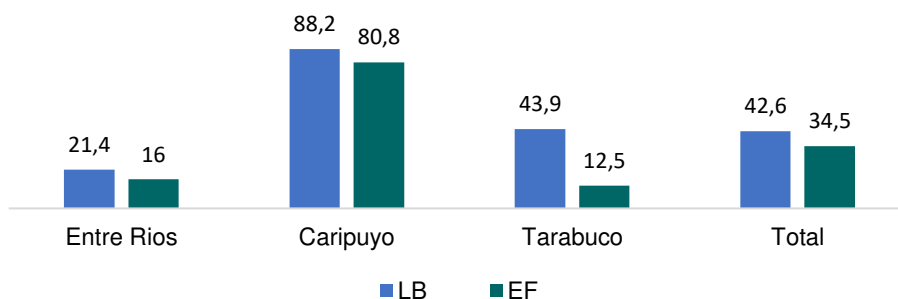
% de niños que hacen sus deposiciones al aire libre

Según el reporte de las madres, del total de niños menores de 5 años de las encuestas, el 44,6% (148/332) en la LB hacían sus deposiciones solos y en la EF el 41,6% (84/202), la mayor parte de ellos entre los 24 a 59 meses de edad.

Se consultó a las madres donde defecaban los niños que pueden hacer solos y se evidenció que un 34,5% de los niños en la EF (29/84) hacían sus deposiciones al aire libre, dato menor al relevado en la LB (42,6% - 63/148) (Gráfico 6). Si bien se muestra un descenso en el total, el mismo no es estadísticamente significativo ($p=0,2875$).

Caripuyo principalmente es el municipio donde mayor es esta práctica en niños.

Gráfico 6: % de niños de 24 a 59 meses que evitan deposiciones al aire libre



Respecto a los niños que no defecan solos, se consultó a las madres la forma de disposición de las heces fecales de sus hijos. Un mínimo porcentaje de madres desechan los pañales o heces al campo abierto en la (LB= 4,9% y EF= 4,2%), y entonces un gran porcentaje lo

hacen en lugares seguros (baño, letrina o basurero en caso de pañales, aspecto evidenciado en la LB y que no cambió en la EF.

7. COLOCAR LAS BASURAS EN UN LUGAR APROPIADO

La cartilla educativa menciona las siguientes 2 prácticas relacionadas:

1. Evitar botar las basuras en las calles o en los lechos de los ríos.
2. Colocar la basura en los basureros que instalará en su casa y entregará luego al carro basurero. Si no existe este servicio enterrarla en un pozo o utilizar otro sistema

% de familias que tienen recipientes de basura tapados dentro de la vivienda

En la LB se había constatado que un 93,1% (309/332) de las familias encuestadas, tenían práctica de uso de recipientes para disposición de las basuras, sin embargo, solamente un 32% (99/309) las mantenían tapadas. En la EF se evidenció de nuevo un alto porcentaje de familias con uso de recipientes para las basuras (92% - 186/202), y un incremento de práctica en el tapado de los recipientes (52,2% - 97/186), incremento estadísticamente significativo ($p=0,000$).

Caripuyo se mantienen como el municipio donde es más débil esta práctica.

% de familias que eliminan la basura de la vivienda entregando al carro basurero

En el resultado global en los tres municipios en la LB, la forma de eliminación más frecuente de las basuras fuera de la vivienda era la entrega de esta a un carro basurero (57% - 191/332). Esta práctica en la EF se incrementó a 72,3% (146/202) por encima de otras prácticas también mencionadas como quemar la basura. Esta diferencia a favor es estadísticamente significativa ($p=0,000$)

Caripuyo es el municipio donde más débil es esta práctica (28%), siendo la quema de basura lo más frecuente (80%) en este municipio. En el informe de LB se había resaltado que el servicio de recojo de basura (por carro) ocurre en las capitales municipales y no en las comunidades. En el caso de Caripuyo, en la LB, las madres se habían quejado de la irregularidad del servicio de recojo de basura.

9. BRINDAR LACTANCIA MATERNA INMEDIATA, EXCLUSIVA Y PROLONGADA

La cartilla educativa menciona las siguientes 3 prácticas relacionadas:

1. Dar lactancia materna inmediata.
2. Dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
3. Dar lactancia materna prolongada, por lo menos hasta los 2 años.

% de madres de niños < de 2 años cuyos niños lactantes recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

En suma, en los tres municipios, un 42.5% (65/153) de madres de niños menores de 2 años afirmaron que dieron lactancia materna exclusiva a sus hijos hasta los seis meses de edad en la LB, y un 33% en la EF (32/97) mostrando que esta práctica sigue siendo muy débil y con gran necesidad de mejora en los tres municipios.

Par evitar ese sesgo de recolección de la misma información de la LB usando preguntas retrospectivas, se midió el recordatorio de 24 horas de madres con niños menores de 6 meses que dieron solamente leche materna el día de ayer. Las respuestas de EF (60,9% - 14/23) muestran el mismo porcentaje (recordatorio de 24 horas) de la LB (63,6% - 21/33) confirmado lo débil de esta práctica en general en los tres municipios y con particularidad en el municipio de Entre Ríos donde se evidenció un porcentaje de 33% en la LB y 46% en la EF.

% de madres de niños < de 2 años siguen lactando (lactancia prolongada)

Según la pregunta recordatorio de 24 horas, las madres de niños de entre 12 a 24 meses, mencionaron en un 61% (33/54) en la EF que dieron de lactar a sus hijos el día de ayer, similar al resultado en la LB (65% - 52/80).

10. BRINDAR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A NIÑOS DESDE 6 MESES DE EDAD

La cartilla educativa menciona las siguientes 5 prácticas relacionadas:

1. A los 6 meses de edad, darles de comer unas 6 cucharadas de comida 2 veces al día además de una merienda (plátano o nutribebé)
2. A los 7 meses darles de comer 7 cucharadas de comida 3 veces al día, además de 2 meriendas (manzana o nutribebé)
3. A los 8 meses además de comer 8 cucharadas de comida, 3 veces al día además de 2 meriendas (plátano, manzana o nutribebé).
4. A los 12 meses darles de comer unas 12 cucharadas de comida 3 veces al día además de 2 meriendas (plátano, manzana o nutribebé).
5. A los 2 años, darles de comer unas 15 cucharadas de comida, 3 veces al día además de 2 meriendas (plátano, manzana o nutribebé).

% de madres de niños de 6 a 23 meses amamantados y no amamantados que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más (aparte de la leche materna)

Las madres de niños de 6 a 23 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves, mencionaron que dieron al menos 3 veces al día alimentos a sus niños según el recordatorio de 24 horas en la LB (91,3% - 105/115) y 98,6% (71/72) en la EF, demostrando que esta práctica solo requiere reforzar.

Dieta mínima aceptable - % de madres de niños <2 años que mencionan que su hijo recibió la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior

La dieta mínima aceptable indica que la frecuencia de comidas que se brinda al niño es apropiada y que las comidas tienen cuatro o más grupos alimentarios se cumple para asegurar una suficiente cantidad de nutrientes; en el estudio de LB, más de la mitad 55,6% (63/113) de niños entre 6 y 23 meses recibieron una alimentación mínima aceptable para su edad y en la EF un 73% (58/72). Debido a que este indicador se calculó con un subgrupo de edad de 6 a 23 meses, el resultado es solo descriptivo.

8. OTRAS PRÁCTICAS CLAVE

Las siguientes prácticas, no fueron medidas en la EF por dos motivos: a) el tiempo de exposición al proyecto era corto y en ese marco, la probabilidad de que la encuesta se hubiera llevado a cabo tomando como información el mismo embarazo, o los datos de

vacunas o micronutrientes, de cuando se realizó la LB era alta; b) El tiempo para la evaluación final era muy limitado que obligó al equipo a priorizar indicadores:

Práctica 8 de alimentación durante el embarazo

Práctica 11 de provisión y consumo de micronutrientes para los niños

Práctica 12 de controles de crecimiento y desarrollo

Práctica 13 de vacunación para niños

Práctica 14 de cuidados de un niño enfermo

CONCLUSIONES

Relacionadas al enfoque

El *enfoque intersectorial* fue uno de los aspectos resaltados en las entrevistas cualitativas de monitoreo en el proyecto CAS. Muchos participantes del proyecto expresaron la importancia de conocer sobre la enteropatía ambiental y su relación con el agua, higiene, saneamiento básico y la nutrición. El COMAN³ fue considerado por el CAS como la instancia de orientación y monitoreo de las acciones intersectoriales, y también para acompañar la puesta en marcha de la red local multisectorial de capacitación. El proyecto impulsó la activación/reconformación de los COMAN en los tres municipios, sin embargo, solo en un municipio (Caripuyo) se reconoció la participación de alguno de sus miembros en algunas discusiones con el gobierno municipal sobre proyectos de mejora de accesos de agua y saneamiento, sobre todo después de la capacitación CAS. En Entre Ríos reconocieron que establecen contacto esporádico por teléfono entre sus miembros y en Tarabuco no se logró recolectar información que sugiera actividad de esta instancia.

Relacionadas al proceso de implementación

Existen grupos de personas en cada municipio, de diferentes sectores: profesionales de salud, de educación, técnicos municipales y personal de la comunidad que fueron capacitadas en prácticas clave relacionadas con el uso apropiado de agua, higiene adecuada, saneamiento, nutrición, salud, crecimiento y desarrollo infantil. Estos grupos de personas fueron reconocidos por el equipo implementador del proyecto como *redes locales multisectoriales de capacitación* y están equipados con un conjunto de materiales de enseñanza – aprendizaje (manuales, guías) y de información (posters) que incluyen 14 prácticas clave para hogares-familias; 7 prácticas clave para Unidades Educativas y 7 prácticas para Establecimientos de Salud. El método de transmisión de los mensajes clave hacia la población objetivo (familias/hogares, personal de salud, y personal educativo) es a través de una estructura en pirámide o cascada. Según registros de capacitación, se formaron 96 personas en los tres municipios con participación mayoritaria del personal de salud (42%) y de unidades educativas (24%) y menor participación de personas de la comunidad (11%). En los tres municipios, la capacitación se extendió a participantes más allá de las zonas definidas al inicio del proyecto. Cada grupo de personas transmitieron la información hacia otras personas, de manera horizontal (personal de salud a personal de salud, por ejemplo) y de manera vertical hacia las familias a través de actividades en grupo fundamentalmente (ferias de salud o reuniones comunitarias). No se encontraron registros de réplicas, más que algunos reportes de talleres al personal de salud.

Relacionadas a los resultados

La participación de las familias en las capacitaciones sobre prácticas clave para el hogar/familia, en las zonas predefinidas del proyecto, alcanzó a un 23,8% (48/202) en promedio en los tres municipios, siendo Caripuyo el municipio con menos cobertura (14%) de acciones del proyecto⁴. Este porcentaje puede ser considerado bajo, dado el porcentaje de cobertura, sin embargo, puede verse como resultado aceptable dado el

3 El objeto del COMAN es impulsar y coordinar la participación entre las instituciones del sector público y la sociedad civil para la formulación, difusión y seguimiento de las Políticas Sectoriales de Alimentación y Nutrición al nivel municipal, orientada a la erradicación de la desnutrición en menores de cinco años. Está presidido por el alcalde o su representante, y constituido por un coordinador y comisiones técnicas de acuerdo con las necesidades y características de cada municipio.

4 Madres que han respondido en la EF que participaron de alguna capacitación sobre alguna práctica clave, en forma grupal fundamentalmente (feria de salud, reuniones comunitarias)

corto tiempo de implementación. No se evidenciaron acciones de mejora en los establecimientos de salud y las unidades educativas, de acuerdo con las recomendaciones de los manuales del proyecto.

Se midieron 9 de las 14 (65%) prácticas clave de hogar/familia en la EF, evidenciando mejoras en algunos indicadores de 4 de 9 (44%) prácticas clave, que representa logro aceptable en vista de la corta duración del proyecto.

Las prácticas de *consumo de agua segura* (hervir o desinfección) y conservación adecuada del agua para cocinar o beber (tapado de recipientes) se han mantenido bajas en la EF respecto a la LB (solo el 28% de las familias hierven el agua antes de consumir). Los resultados de encuesta de EF sugieren que los factores culturales de porque no hierven el agua "porque cambia el sabor" siguen influyendo por encima del conocimiento sobre su importancia.

Las prácticas de *alimentación/nutrición* como la lactancia materna exclusiva siguen mostrando resultados bajos en la EF con menos de la mitad de las madres que cumplen con los 6 meses de alimentación exclusiva en base a leche materna. Este resultado es un más bajo en Entre Ríos, lo que muestra que esta práctica sigue siendo muy débil y con gran necesidad de mejora en los tres municipios. La frecuencia de alimentación, con alto porcentaje en su resultado, muestra que esta práctica no es un problema, así como la variedad de alimentación.

Los indicadores relacionados a *higiene personal* han mostrado mejora importante, como la presencia de un jabón en el punto de lavado de manos, evidenciando que mayor cantidad de familias en la EF (85%) decidieron colocar un detergente en los lavamanos o puntos móviles para higiene de las manos. Respecto al conocimiento de los momentos clave para el lavado de manos, la EF muestra que mayor cantidad de madres conocen momentos clave de lavado de manos. Sin embargo, los resultados muestran también, que al igual que en la LB los momentos más conocidos o mencionados son: "antes de comer", "después de ir al baño", y "antes de preparar alimentos" y los momentos menos mencionados tanto en la LB como en la EF son: "después de cambiar pañales" o "antes de dar de lactar o alimentar al niño", entre otros. Este hallazgo sugiere que las acciones de capacitación no hubieran dado preferencia a los momentos menos conocidos.

La práctica de *higiene de la vivienda* mostró resultados de mejora con cerca de la mitad de las viviendas (45%), versus 25% en la LB, que mantienen sus patios libres de desechos orgánicos y/o inorgánicos. Este resultado muestra porcentajes bajos en Caripuyo. De igual manera se constató que más familias (41% en EF comparado con 25% en LB) mantienen sus animales lejos de los sitios de preparación de alimentos. Mayor cantidad de viviendas (52%), comparado con 32% de la LB, mostraron recipientes de basura debidamente tapados. Si bien estos datos muestran mejora, hay todavía cerca de la otra mitad de familias que siguen dejando expuestas las basuras en sus recipientes dentro de la vivienda, o tienen animales dentro de la vivienda y cerca de lugares de preparación de alimentos o que tienen basura en el patio. Otro dato muy importante es el cambio de práctica sobre el tratamiento de las basuras de quemado a entrega a los carros basureros de 57% a 72%. En este caso Caripuyo y otras comunidades en los tres municipios siguen quemando la basura debido a que no cuentan con sistemas de recolección por carro basurero o debido a que ese servicio es irregular como en el centro poblado de Caripuyo.

En relación con las prácticas clave de *saneamiento*, los resultados de EF muestran mejora de la limpieza de los baños o letrinas (de 28,5% en LB a 65,3% en la EF) entre las familias que tienen baños o letrinas. Sin embargo, considerando que 1 de cada 3 familias en promedio,

no tienen baños o letrinas (6 de cada 10 en Caripuyo) y considerando que otros 30% de madres siguen con la práctica de deposiciones al aire libre, esta práctica sigue siendo un desafío importante, muy influenciado por aspectos socio culturales, que se deberá continuar trabajando.

, y por el contrario el Responsable SAFCI y el equipo Mi Salud que tiene relación con la SAFCI parece ser una instancia con mayor pertinencia para el liderazgo o el seguimiento del programa CAS. En todo caso, en lugares donde no haya condiciones para el funcionamiento del COMAN, se podría pensar en la figura SAFCI como instancia de seguimiento al CAS.

