MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN

aecid

AMREF
Better Health for Africa

# INFORME DE EVALUACIÓN EXTERNA PROYECTO

## Mejora de la atención primaria en salud y del acceso al agua y saneamiento en los payam de Kator, Munuki, Gondokoro y Rejaf en el Condado de Juba, CES, Sudán del Sur

**Sept. 2012**

**FUNDACIÓN AFRICANA PARA LA MEDICINA Y LA INVESTIGACIÓN (AMREF) EN LA REPÚBLICA DE SUDÁN DEL SUR**

*Autor: Vantage ResearchFoundation(VRF)-Consultants,* **Email:***vrfresearchconsultants@gmail.com*

**ÍNDICE**

Acrónimos……...3
Listado de tablas/gráficos ……..5
Avance…….……...7
Agradecimientos…….……....9
Resumen comentado……..……10
1.0 Introducción…….....16
1.1 Antecedentes……..……...16
1.2 Descripción del proyecto……...….…….17
1.3 Objetivo……..……..….……..18
1.3.2 Finalidad del proyecto…….……..18
1.3.3 Objetivo específico…….18
1.4 Objetivos de la evaluación……..….……..18
2.0 Metodología…….….…..…..18
2.1 Resumen de la metodología……..18
2.2 Descripción de la metodología……..……..21
2.2.1 Métodos de muestras estadísticas…….……..21
2.2.2 Diseño de muestreo por conglomerados.....…….……21
2.2.3 Métodos de selección de hogares…….…….…...21
2.2.4 Métodos de selección de centros de salud…….……..…….22
2.2.5 Métodos de selección de pozos…….……...22
2.3 Elaboración del trabajo de campo…….….……22
2.4 Control de calidad…….…….…….....22
2.4.1 Módulo de entrada de datos…….…….22
2.4.2 Módulo de edición por lotes…….……22
2.4.3 Entrada de datos……..…….....23
2.4.4 Cancelación de datos……...…….…….....23
2.5 Análisis de datos…….....23
3.0 Resultados de la evaluación……24
4.0 Discusión y conclusión de los resultados…….....55
4.1 Control……..……...62
5.0 Valoración de relevancia, efectividad, eficiencia…….……...…….....64
6.0 Balance de experiencias…….…….69
7.0 Conclusiones y recomendaciones…….……...71
8.0 Referencias.……..……73
9.0 Anexo……74

**Acrónimos**

| | |
|---|---|
| AMREF | Fundación Africana para la Medicina y la Investigación |
| PHCU | Unidad de Atención Sanitaria Primaria (del inglés, *Primary Health CareUnit*) |
| PHCC | Centro de Atención Sanitaria Primaria (del inglés, *Primary Health CareCentre)* |
| PHCP | Programa de Atención Sanitaria Primaria (del inglés, *Primary Health Care Programme)* |
| SMOH | Ministerio de Sanidad Estatal (del inglés, *State Ministry of Health*) |
| DRWSD | Dirección de Aguas y Desarrollo del Saneamiento Rurales (del inglés, *Directorate of Rural Water and Sanitation Development*) |
| PTA | Asociación de Padres, Madres y Docentes (del inglés, *Parent Teachers' Association*) |
| WASH | Agua, Saneamiento e Higiene (del inglés, *Water Sanitation and Hygiene* ) |
| CAWASH | Acción Comunitaria para el Saneamiento de Aguas e Higiene (del inglés, *Community Action for Water Sanitation and Hygiene*) |
| VIH | Virus de la Inmunodeficiencia Humana |
| SIDA | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| VCT | Orientación y sometimiento a Pruebas Voluntarias (del inglés, *Voluntary Counseling and Testing*) |
| LLIN | Mosquiteras tratadas con Insecticida de Larga Duración (del inglés, *Long Lasting Insecticide treated Nets*) |
| GOSS | Gobierno de Sudán del Sur |
| MoH | Ministerio de Sanidad (del inglés, *Ministry of Health)* |
| ToR | Mandato, Términos de Referencia (del inglés *Terms of Reference)* |
| CES | Estado de Ecuatoria Central (del inglés, *Central Equatorial State*) |
| SPSS | Medidas Estadísticas para el Sociólogo (del inglés, *Statistical Package for Social Scientist*) |
| PWC | Comité de Trabajo Programado (del inglés, *Programme Working Committee*) |
| CHD | Departamento de Salud del Condado (del inglés, *County Health Department*) |

| | |
|---|---|
| ADRA | Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales |
| PSI | Population Service International |
| UNICEF | Fondo de Naciones Unidas para la Infancia |
| SHHS | Estudio de Sanidad en Hogares Sudaneses (del inglés, *Sudan Household Health Survey*) |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| MOU | Protocolo de Intenciones (del inglés, *Memorandum of Understanding*) |
| CBO | Organización de Base Comunitaria (del inglés, *Community Based Organization*) |
| HMIS | Sistema de Información de Gestión Sanitaria (del inglés, *Health Management Information System*) |
| WSC | Comité de Fuente de Agua (del inglés, *Water Source Committee*) |
| PHT | Equipo Sanitario de Payam (del inglés *Payam Health Team*) |
| PHAST | Metodología Participativa en favor de la Higiene y la transformación del Saneamiento (del inglés, *Participatory Hygiene and Sanitation Transformation*) |
| CHAST | Educación Infantil en Higiene y Saneamiento (del inglés, *Child Hygiene and Sanitation Training*) |

**LISTADO DE TABLAS/GRÁFICOS**


Tabla 1: Resumen de muestra de hogar

Tabla 2 Construcción de PHCU

Tabla 3: Constricción de pozos

Tabla 4: Ubicación de los pozos

Tabla 5: Letrinas instaladas

Tabla 6: Equipamiento de PHCU

Tabla 7: Proporción de kits de análisis de agua para los pozos por ubicación

Tabla 8: Suministro de medicamentos esenciales/de emergencia a las PHCU

Tabla 9: Suministro de reactivos de laboratorio en los centros

Tabla 10: Distribución de LLIN por categorías beneficiadas

Tabla 11: Atención OPD por centro

Tabla 12: Distribución de trabajadores de la salud con formación por cuadro

Tabla 13: Distribución de comités de gestión del agua formados por Payam

Tabla 14: Resumen de alumnos y profesores formados en Higiene y Saneamiento Escolares

Tabla 15: Número de educadores pares por payam por centro

Tabla 16: PTA formadas por payam

Figura 1: Distancia respecto a fuentes de agua

Figura 2: Promedio de tiempo empleado en fuente de agua en minutos por tipo de fuente de agua

Figura 3: Consumo de agua frente al tamaño del hogar

Figura 4: Método doméstico de tratamiento de agua

Figura 5: Consumo doméstico de agua por tipo

Figura 6: Promedio de consumo de agua por hogar al día en litros

Figura 7: Cobertura de saneamiento en cuatro payams

Figura 8: Número de hogares que comparten las mismas instalaciones

Figura 9: Método de eliminación de deposiciones infantiles en el hogar

Figura 10: Prácticas de lavado de manos en el hogar

Figura 11: Enfermedades relacionadas con el saneamiento en el hogar

Figura 12: Tiempo de recogida de agua frente al tipo de agua por origen

Figura 13: Consumo de agua frente al tiempo de recogida de agua

Figura 14: Contracción de enfermedades por enfermedades relacionadas con el

saneamiento frente al origen del agua

Figura 15: Número de parejas sometidas a VCT en el PHCC de Kator

Figura 16: Número de madres embarazadas que dieron positivo en la prueba de malaria en el PHCC de Kator

Figura 17: Centros de salud frente a asistencia OPD

**AVANCE**

***MamoAbudoQido**, Director Nacional Interino de AMREF expresó «éste es uno de los proyectos de mayor éxito especialmente en Jebel y Gudele. El reto al que se enfrentan estos centros es la falta de personal, de la que, especialmente en Kansuk, es responsable el Ministerio de Sanidad Estatal.*

*La WASH ha funcionado bien, quedando incluso los donantes satisfechos de su rendimiento, y además el equipo del Proyecto trabajó duro para sacarlo adelante. Los centros están atendiendo a las comunidades conforme a las expectativas de AMREF.*

***El mayor problema fue** el robo del vehículo, ya que supuso el retraso en la implementación del proyecto. Los recursos cedidos al SMOH fueron: 2 motocicletas Honda 125 XL y una impresora laser HP P2035.*

***Recomendaciones para proyectos similares futuros***

- *Deberíamos entablar reuniones consultivas con el SMOH desde la fase inicial del proyecto.*
- *Los donantes deberían especificar claramente lo que se cede al gobierno y lo que debe conservar la organización para poder llevar a cabo su actividad.*

***Mary PalmaMuja** ,la Jefa del Proyecto, describió el proyecto como un éxito. La comunidad prestó mucho apoyo en todos los niveles, desde a nivel de Payam como a nivel estatal. Aunque el proyecto ha concluido, estructuras comunitarias arraigadas continúan con las actividades del mismo, y este hecho para mí se traduce en sostenibilidad. Por ejemplo el Payam de Munuki contrató un vigilante y adquirió dos generadores, dos refrigeradores y dos sets de paneles solares. Educadores pares continúan con la educación en salud y salvo por cuatro (4) de los pozos de un total de diez (10), que han sido destruidos pero que están pendientes de ser restaurados, el resto se mantienen en buen estado.*

*La estrategia de salida era tan clara que se ha traspasado la responsabilidad de todos los centros e infraestructuras que el proyecto aportó al SMOH y a la Dirección de Aguas y Desarrollo del Saneamiento Rurales.*

*Debo confesar que no fue fácil al inicio del proyecto conciliar el MOU con el SMOH, sin embargo, en cuanto el proyecto arrancó las relaciones entre AMREF y el SMOH mejoraron notablemente. La actuación de los CHW y de los distintos comités de gestión demuestra que la formación tuvo un impacto positivo sobre las comunidades.*

***Retos durante la implementación***

- *La firma del MOU fue complicada*
- *La evaluación de necesidades descuidó algunas de las necesidades comunitarias, por ejemplo el PHCC en Gondokoro y la falta de renovación de centros de salud.*
- *Se subestimó el presupuesto en la fase de planificación y elaboración presupuestaria.*
- *La duración del proyecto no era suficiente para hacerlo sostenible.*

***Estrategias para la mejora de proyectos similares en el futuro***

- *Adopción de un enfoque comunitario (planteamiento integral de todos los interesados)*
- *Implicación de todos los interesados en los aspectos de planificación de la implementación del proyecto.*
- *Transparencia; compartir propuestas y presupuestos con los interesados*

**Agradecimientos**

Los asesores aprovechamos este espacio para agradecer el apoyo recibido por parte de la oficina de AMREF en Juba en la elaboración de la Evaluación Externa sobre la Prestación de Atención Primaria en Salud, abastecimiento de Agua y proporción de instalaciones de Saneamiento mediante la Promoción de salud en Kator, Munuki, Gondokoro y los Payams de Rejaf del Condado de Juba, CES. El equipo quiere agradecer a todos aquellos que hicieron posible el proceso de evaluación. Queremos expresar nuestro particular reconocimiento a Mamo Abudo Qido, Director Nacional Interino, Arizi Primo, Director de Seguimiento y Evaluación y a Mary Palma Muja, la Jefa del Proyecto, por su asesoramiento y aportación de experiencia a lo largo de todo el proceso de evaluación, especialmente durante la recopilación de información.

Igualmente agradecemos enormemente el apoyo prestado por la oficina nacional de AMREF Sudán del Sur. Además queremos agradecer nuestro más sincero agradecimiento a todos los supervisores de campo, recopiladores de datos y asistentes de entrada de datos por la dedicación que prestaron a su labor durante todo el proyecto. Vuestro compromiso de trabajo ha hecho posible que consigamos los objetivos que teníamos asignados.

Queremos expresar igualmente nuestro especial agradecimiento al donante AECID por la prestación del apoyo financiero necesario para este proyecto desde su comienzo hasta el momento de su evaluación y esperamos que siga prestando dicho apoyo a las vulnerables comunidades de Sudán del Sur. Agradecemos también la colaboración de los encargados de los centros de salud, los prestadores de servicios y los miembros de comunidades que sacrificaron su tiempo y nos aportaron la información que necesitábamos para la evaluación.

Queremos agradecer la colaboración del ministerio de sanidad estatal– CES, la Dirección de Aguas y Desarrollo del Saneamiento Rurales del CES, el liderazgo de los cuatro Payams, la labor de los educadores pares, PWC, las PTA, la CAWASH, los clubs WASH, los comités de gestión del agua y de salud.

**Resumen comentado**

**Introducción**:

El proyecto se integraba de dos (2) partes; Atención Sanitaria Primaria, Agua y Saneamiento. La parte del proyecto relativa a atención sanitaria primaria se enfocó en la mejora de los servicios de atención sanitaria primaria mediante la construcción de nuevos centros de salud y la rehabilitación de las infraestructuras de salud existentes, equipamiento y amueblamiento de los centros de salud, prestación de servicio sanitario en los centros de salud construidos y apoyo al HMIS, suministro de medicamentos de emergencia esenciales y reactivos de laboratorio a los PHCC y a las PHCU, distribución de LLIN a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años para el control y prevención de la malaria. Varias formaciones destinadas a: trabajadores de la salud (mejora de la prestación del servicio), equipo de gestión de centros (responsable de la gestión diaria del centro de salud), equipo sanitario del Payam (capacidad para supervisar el funcionamiento diario del centro de salud y coordinación con las autoridades del Payam) y educadores pares (promoción de actividades de la salud dentro de la comunidad).

La parte de agua y saneamiento se enfocó en la mejora del agua y el saneamiento mediante el incremento de acceso ininterrumpido a agua potable y de instalaciones sanitarias, así como de promoción de la higiene para la reducción de enfermedades relacionadas con el agua, mayor concienciación de las enfermedades relacionadas y muerte entre los miembros de la comunidad, especialmente los menores de cinco años y las madres embarazadas. Establecimiento de estructuras comunitarias, especialmente el comité de gestión del agua, CAWASH, y los clubs WASH, perforación de pozos, provisión de kits de análisis de agua para realizar análisis diarios y remitirlos a la DRWSD, suministro de kits de mantenimiento de pozos a los comités del agua/técnicos con objeto de poder continuar con las labores de mantenimiento. Mejora de las prácticas de higiene saludable y prácticas de saneamiento entre las comunidades beneficiarias mediante el empleo de la Metodología Participativa a favor de la higiene y la transformación del Saneamiento (PHAST) y la instalación de letrinas recalca la importancia de la parte de agua y saneamiento en la comunidad más necesitada de los cuatro payams. Formación a los siguientes grupos: Técnicos que se encarguen de las reparaciones básicas de los pozos, promotores de higiene (mantener buenas condiciones higiénicas alrededor del pozo), Asociaciones de Padres, Madres y Docentes (a su vez alumnos formados en sus respectivas escuelas, los alumnos una vez adquiridos transmiten sus conocimientos a otros alumnos (planteamiento de niño a niño) y alientan a las comunidades a participar en actividades de saneamiento, la PWC tiene conocimientos básicos

acerca del agua y saneamiento), CAWASH involucrada en actividades de promoción de higiene mediante los clubs WASH organizado

El objeto de esta evaluación final del proyecto consistió en documentar el rendimiento y logros del proyecto en relación con los objetivos y resultados establecidos en la propuesta del proyecto desde el inicio del programa hasta su conclusión.

**Métodos:** Hemos examinado el servicio de atención sanitaria primaria (PHC) y el efecto del incremento de acceso a la misma tanto desde la perspectiva del paciente como de los servicios de asistencia a zonas de difícil acceso. Establecimos siete grupos específicos con habitantes ($n$ = 50) de tanto Juba ciudad como de las comunidades rurales de Rejaf, Munuki, Gondokoro y el payam de Kator que reflejaban sus prioridades respecto a los servicios de PHC.

Además de debatir sus prioridades acerca de los servicios de PHC, los participantes cumplimentaron un breve cuestionario destinado a recopilar información respecto a la socio demografía, estatus de salud y empleo de artículos sanitarios como LLIN, preservativos, kits maternales, protectores de agua, pozos, letrinas y medicamentos esenciales que se suministran en los áreas del proyecto. De la información de los cuestionarios se obtuvieron estadísticas descriptivas. La información de los grupos específicos se codificó conforme a un marco de evaluación elaborado específicamente para esta Evaluación y posteriormente se realizó un análisis de contenido temático sobre la información codificada mediante un paquete de software SPSS 19 y una hoja de cálculo.

En total se muestrearon para la encuesta 480 hogares aleatorios en los cuatro (4) payams (área del proyecto) del condado de Juba. Los participantes elegidos fueron hogares con mujeres en edad reproductiva (15-45 años) respaldadas por el proyecto durante 2 años y niños menores de cinco (5) años. De los catorce (14) centros de salud se escogieron siete (7) expresamente con objeto de establecer entrevistas. Las categorías de personas que participaron en la encuesta fueron: cabezas de familia, encargados de centros de salud, comités de gestión de salud, autoridades de salud a nivel condal, el Ministro de Sanidad Estatal, la Dirección de Aguas y Saneamiento Rurales, autoridades de los payams, PWC, comités WASH, clubs WASH, CAWASH, PTA y Educadores pares, jefes y presidentes de concejos de distrito.

La encuesta obtuvo los objetivos que tenía asignados y se proporcionaron informes tanto en copia impresa como en formato electrónico.

**Resultados:**

1. **Objetivo uno (1): Mejora de los servicios e infraestructura de atención sanitaria primaria en el condado de Juba**

Las conclusiones revelaron que el proyecto alcanzó la mayor parte de sus objetivos en materia de resultados. En total se construyeron y equiparon tres (3) PHCU frente a las dos (2) que estaban proyectadas. Sin embargo, no se reformó ninguna de las tres (3) PHCU ya que según la documentación del proyecto, y la confirmación de ello por parte del equipo del proyecto, no había instalación alguna que renovar en el área del proyecto. El proyecto equipó los cuatro (4) centros de salud planificados, logrando así el 100% de su objetivo.

Aunque era pronto para esclarecer los resultados a largo plazo de los mencionados indicadores de los resultados consolidados del proyecto, los resultados a corto plazo en el incremento de atención OPD de un 38% en 2011 a un 69% a mediados de 2012 suponen un incremento del 31% en atención OPD que debe atribuirse al proyecto.

2. **Objetivo dos (2). Incrementar el acceso a agua potable, las infraestructuras de saneamiento y la concienciación de higiene en el condado de Juba.**

De la evaluación se concluyó que el 52,3% de los hogares disponen de letrinas de fosa de tipo tradicional.

El 47.7% no dispone de letrina de fosa o la comparten con vecinos. El 19% de aquellos que no disponen de letrina de fosa la comparten con sus vecinos y el 89% restante defeca al aire libre. Del 52,2% que dispone de letrina de fosa, el 70% de las letrinas no cumplen con los estándares de SPHERE. El estudio reveló además que sólo un 41% disponía de letrinas infantiles separadas y un 11% limpiaba las deposiciones de niños en la letrina.

Se reveló que el 92% de la totalidad de los hogares encuestados carecía de instalaciones de lavado de manos.

El 46,7% de los hogares concluyó que durante los seis meses anteriores las enfermedades comunes en los hogares fueron tifoidea, seguida por la malaria en un 35,8% y diarrea en un 15,1%.El alto predominio de tifoidea pudo atribuirse a las malas condiciones de almacenaje de agua en bidones de plástico que no se limpian regularmente o a los que no se aplica el tratamiento adecuado. El elevado número de casos de malaria se debió a malas condiciones medioambientales como el estancamiento de aguas y granjas con matorrales, que además se incrementaban por el escaso uso de las LLIN. Los resultados además indicaron que, pese a que los hogares no disponen del agua

potable adecuada, el predominio de tracoma fue leve, ya que los resultados concluyeron que se disponía de agua suficiente para lavar y bañarse.

En general, el 33,7% de los hogares encuestados tienen acceso a agua potable (procedente de pozos en combinación con agua corriente).

La mayoría de los encuestados consideraron que el agua de río contribuía al 39,2% de los casos de diarrea, el 32% de los casos de diarrea se relacionó con los camiones cisterna mientras que el 28,8% afirmó que el pozo era responsable de la diarrea.

## 3. Objetivo tres (3): Incremento de la concienciación de prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades como la malaria en el condado de Juba.

El proyecto suministró a seis (6) de los catorce (14) centros con medicamentos esenciales y reactivos de laboratorio. Los centros que se beneficiaron de dichos suministros fueron la PHCU del Bloque 4 de Gudele, PHCU del Bloque 4 de Jebel, el PHCC de Kator, PHCC de Munuki, PHCU de Gondokoro y el PHCC de Rejaf.

El proyecto distribuyó 1.402 preservativos, de los que 1.152 se distribuyeron desde los centros de salud y 250 directamente por los educadores pares a la comunidad.

La encuesta concluyó también que se suministro LLIN a 3.700 personas frente a las 3.000 LLIN que estaban planificadas. Se estableció además que durante los dos años del periodo del proyecto se consiguió transmitir mensajes de concienciación de educación de la salud para la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades como la malaria a 17.600 personas. El impacto de educación sanitaria en centros por educadores pares incrementaron el sometimiento APV en todos los centros. El análisis de datos del centro de salud de Kator indicó que la asistencia APV fue de 1.489 en los últimos seis meses (febrero-julio 2012). Sin embargo, no se pudieron emplear datos de referencia a efectos de establecer una comparativa y atribuir este logro a la intervención del proyecto. Este es un indicador indirecto de que la formación impartida a los educadores pares se tradujo en la efectividad de la concienciación comunitaria.

La concienciación en combinación con el suministro de reactivos de laboratorio mejoró el diagnóstico de malaria en laboratorio. Sólo los análisis de laboratorio registrados en el PHCC de Kator demostraron que se practicaron pruebas a 71 madres embarazadas durante los últimos seis (6) meses en comparación con los resultados del estudio de referencia, que revelaban que no se realizó prueba alguna. Existe evidencia estadística de que se llegó al 17,6% de la población del área del proyecto con mensajes de concienciación de educación sanitaria, sin embargo, este resultado no se

puede comparar con datos de referencia ya que no existía información acerca de este indicador. En conclusión, este logro podría atribuirse en gran parte a la intervención del proyecto.

4. **Objetivo cuatro (4): fortalecimiento de la capacidad de gestión y prestación de servicio del GOSS/MOH, autoridades locales, trabajadores sanitarios y miembros de la comunidad para continuar con los objetivos en sanidad más allá de la duración del proyecto.**

Conforme a este objetivo el proyecto consiguió el 96% del objetivo de formación planificada para el comité de gestión de salud, el Comité de Salud del Payam, GOSS/CES y el MOH. El objetivo de esta formación consistió en incrementar la productividad de la categoría seleccionada de beneficiarios en la provisión de un modelo efectivo de apoyo a las estructuras comunitarias inferiores e incrementar la productividad de estructuras comunitarias.

La encuesta reveló que, tal y como estaba programado, se impartió formación a los 20 educadores pares, a los 5 funcionarios del GOSS/CES, a las 20 PTA y a los 15 miembros de comités de gestión del agua. El resultado reveló igualmente que se formó a 18 de los 20 trabajadores sanitarios, a 16 de los 20 PHT previstos y a equipos de gestión sanitaria de los centros, lo que se traduce en un 90% y 80% respectivamente. En todo caso, frente a los 15 que estaban previstos se formó a 36 miembros de comité de gestión del agua, lo cual representa un logro equivalente al 160%.

**Conclusión:**

Con carácter general, el proyecto había alcanzado sus objetivos de prestación de servicios de atención sanitaria primaria, abastecimiento de agua y provisión de instalaciones de saneamiento en el área del proyecto con una concesión total de 892.433 Euros, de los que 710.895 consistían en efectivo y 181.538 en contribuciones en especie de AMREF y de la comunidad en términos de cesión de espacio para oficinas y terrenos para la construcción de las PHCU. El importe total de la subvención concedida a AMREF Sudán del Sur fue de 600.010 Euros y AMREF España retuvo los 110.885 Euros restantes para campañas de concienciación civil, costes de plantilla y viajes al área del proyecto para prestar supervisión de apoyo.

Conforme a los libros de contabilidad, del total de fondos transferidos a AMREF Sudán del Sur, el importe gastado a fecha de 31 de marzo de 2012 ascendía a 589.322,10 Euros y el saldo no gastado de 10.687,9 Euros a fecha de 31 de marzo de 2012 se destinó a finalizar la evaluación del proyecto.

El proyecto hubiese finalizado en septiembre de 2011 de no ser porque la implementación se inició

mucho más tarde de lo planificado y por tanto se estableció una “prorroga sin costes” durante el periodo de octubre de 2011 a febrero de 2012 para concluir las restantes actividades inconclusas. Sin embargo, todavía existe la necesidad de impartir formación de perfeccionamiento al personal de los centros de salud y de fortalecer las estructuras de base comunitaria para poder llevar a cabo la continuidad de los objetivos del proyecto.

El acuerdo de asociación conforme este proyecto fue bueno en la medida en que las autoridades locales se involucraron desde su inicio hasta la fase de implementación y por tanto el proyecto fue un éxito. El proyecto reactivó el acceso adecuado a una prestación de atención sanitaria regular, la continuidad y funcionalidad de los recursos comunitarios propios de personal y las conexiones con los centros de salud. Gracias al proyecto se acercaron los servicios de atención sanitaria a la comunidad.

## 1.0 Introducción

El Mandato (TOR) especifica que la Evaluación ha de llevarse a cabo mediante el uso de una combinación de métodos de recopilación de información cuantitativa y cualitativa. Ello incluye el uso de cuestionarios y técnicas de observación y el uso de grupos específicos y de entrevistas a informadores clave. Los asesores, AMREF Sudán del Sur, AMREF España y AECID (donante) trabajaron conjuntamente a la hora de desarrollar las herramientas de recopilación de información.

El TOR además especificaba que los asesores habían de emplear un método de muestreo diseñado de tal forma que pudiese detectar con un grado de precisión satisfactorio los cambios como resultado de la intervención del proyecto sobre los beneficiarios seleccionados. Se probaron las herramientas empleadas antes de su aplicación para determinar la fiabilidad de las mismas. La estrategia para la evaluación del impacto del programa incluye la comparación entre los payams seleccionados en el programa y aquellos que no lo estaban. De este modo la evaluación incluye una muestra del estrato seleccionado que constituye los cuatro (4) payams y una muestra de la población general que sirve de estrato de control.

## 1.1 Antecedentes

La Fundación Africana para la Medicina y la Investigación (AMEF) se fundó en 1957 como una organización internacional para el desarrollo de la salud en África por tres cirujanos reconstructivos que trabajaban en Kenia y que estaban concienciados con la falta del acceso a atención quirúrgica necesaria que sufrían los africanos de zonas rurales. Los cirujanos concluyeron que si los pacientes no podían acceder a ellos, éstos tendrían que acudir a los pacientes, y así fue como nacieron los «Flying Doctors». Conforme a su tradición de búsqueda de soluciones innovadoras, AMREF lleva a cabo hoy en día tanto en Kenia como en otros países, intervenciones pioneras que se traducen en mejoras de gran importancia en atención sanitaria.

La visión de AMREF consiste en un cambio de salud duradera en África: comunidades con los conocimientos, capacidades y medios para mantener una sanidad óptima y romper el ciclo de mala salud y pobreza. AMREF plantea el cambio a largo plazo en contra de soluciones de emergencia a corto plazo. AMREF cree en el poder inherente y latente en las comunidades africanas, y en particular el poder de transformación duradera respecto a la salud del continente. AMREF alaba y

respeta a las comunidades con las que trabaja. Las comunidades mandan. El papel de AMREF es el de catalizar las energías ocultas pero reales dentro de esas comunidades, con el fin de ayudarles a encontrar soluciones innovadoras para sus retos, y a compartir sus experiencias con otros. La presencia de AMREF en Sudán del Sur se remonta a principios de los años 70, es una de las primeras organizaciones en implementar PHC y actualmente implementa otros ocho proyectos por todo el país.

### 1.2 Descripción del proyecto

Con la firma del acuerdo general de paz (AGP) en enero de 2005 que supuso el final de la guerra en Sudán del Sur, y con la posterior consecución de la independencia el 9 de julio de 2011 como la República de Sudán del Sur, el país está listo para su reconstrucción y desarrollo.

Los efectos socio-económicos de la guerra son aún notables, con un elevado número de refugiados, desplazados internos, hogares abandonados, una población joven que ha perdido una década entera de escolarización y las predominantes amenazas de una desigualdad presente. El gobierno de la República de Sudán del Sur ha reconocido este vacío socio-económico en materia de salud y se ha comprometido a mitigar este escenario de conflicto potencial mediante la movilización de personas y comunidades para que desempeñen un papel mayor en todos los aspectos de la prestación de atención sanitaria.

Con la Atención Sanitaria Primaria y los Servicios de abastecimiento de Agua y Saneamiento, las operaciones de AMREF se centran en mujeres y niños y trabajan con las comunidades africanas más vulnerables para conseguir un cambio en la sanidad duradero. AMREF cree firmemente que el poder de transformar la sanidad en África reside en sus comunidades y por tanto AMREF trabaja conjuntamente con la gente de estas comunidades para crear los conocimientos, capacidades y medios necesarios para transformar la sanidad, sentando así las bases que servirán a generaciones futuras.

AMREF solicitó fondos para el proyecto de prestación de servicios de Atención Sanitaria Primaria y abastecimiento de Agua y provisión de Saneamiento en los cuatro payams seleccionados de Juba, que son hogar de seis grupos étnicos, concretamente, Lolubo, Pajulu, Nyangwara, Bari, Mundari y Lokoya. Salvo por los Lolubo y Lokoya, la mayoría hablan bari. El condado de Juba tiene una población aproximada de 352.877 personas (sin contar los desplazados internos y refugiados retornados) y este proyecto incluye aproximadamente 100.000 habitantes en los cuatro (4) payams del condado de Juba.

De conformidad con el Mandato de nuestro encargo realizamos la Encuesta de Final del Proyecto en los payams de Kator, Gondokoro, Rejaf y Munuki en el condado de Juba-CES, durante los meses de julio y agosto de 2012 con el fin de evaluar el impacto del proyecto en los beneficiarios con arreglo a los siguientes fines y objetivos:

### 1.3 Finalidad y objetivos específicos del proyecto:

**1.3.1 Finalidad:** Contribuir a la mejora de la sanidad de los habitantes de Sudán del Sur y de los niveles de educación sanitaria.

**1.3.2 Objetivo:** Que a finales de 2011 las comunidades en el condado de Juba (Gondokoro, Rejaf, Kator y Munuki) obtengan acceso ininterrumpido servicios de atención sanitaria primaria, abastecimiento de agua e instalaciones de saneamiento.

**1.3.3 Objetivos específicos:**

- Mejora de los servicios e infraestructura de atención sanitaria primaria en el condado de Juba.
- Incrementar el acceso a agua potable y las infraestructuras sanitarias, y la concienciación de higiene en el condado de Juba.
- Incremento de la concienciación de prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades como la malaria en el condado de Juba.
- Fortalecimiento de la capacidad de gestión y prestación de servicio del GOSS/SMOH, autoridades locales, trabajadores sanitarios y miembros de la comunidad para continuar con los objetivos en sanidad primaria más allá de la duración del proyecto.

### 1.4 Objetivos de la evaluación

El objeto de esta evaluación final del proyecto consiste en documentar el rendimiento y logros del proyecto en relación con los objetivos y resultados establecidos en la propuesta del proyecto desde el inicio del programa hasta su conclusión.

## 2.0 Metodología

### 2.1 Resumen de la metodología

Para la encuesta se emplearon cuestionarios detallados con preguntas ordinales y nominales como herramienta principal de enumeración. Se elaboraron un total de ocho (8) categorías de

cuestionarios, a saber, cuestionarios para centros de salud, hogares, autoridades locales, clubs WASH, PTA, grupos organizados (CAWASH), educadores pares y autoridades sanitarias condales. En varios cuestionarios se repitieron algunas variables para permitir la triangulación. La recopilación de información en los hogares la llevaron a cabo cinco grupos que trabajaban simultáneamente dando cobertura cada uno de ellos a una media de diez hogares al día. El análisis y entrada de datos se efectuó con el paquete de software SPSS y una hoja de cálculo. La información errónea se corrigió con métodos de triangulación y controles de consistencia. Se entrevistó a un total de 480 hogares, 7 centros de salud, 5 pozos, 4 educadores pares, 4 comités CAWASH, 2 funcionarios de la Dirección de Aguas y Saneamiento Rurales, 1 funcionario del Departamento de Sanidad Condal, 2 Administradores de Payam, y a 2 funcionarios del Ministerio de Sanidad Estatal. El análisis se enfocó en indicadores de PHC y WASH.

.

Determinar el tamaño total de la muestra con los criterios acordados para la Evaluación

→ 480Hogares, 7 Centros de salud, 5 pozos

⇩

Estratificación principal: grupo seleccionado y control

→ 480 Hogares en el área de intervención, 20fuera del área de intervención

⇩

Determinar el tamaño de los conglomerados según criterios pragmáticos, p ej., la forma más óptima de organizar el trabajo de campo

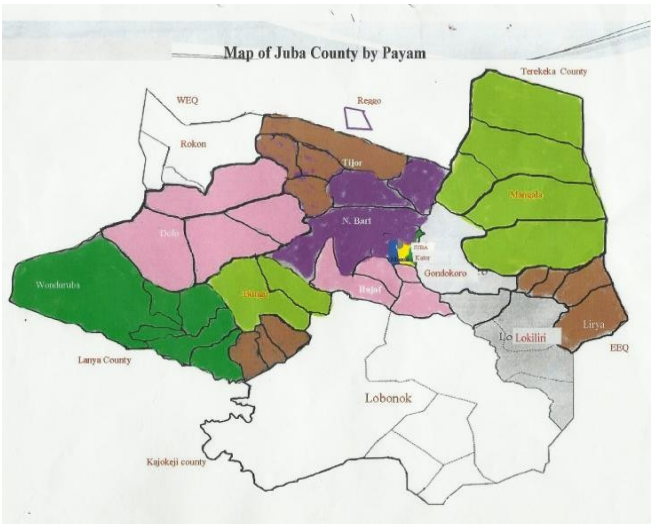
→ 6 Concejos de distrito, 5 bomas en el área de intervención y1 fuera del área del proyecto; Kator 88H Munuki 205, Rejaf150, Gondokoro,37H y 20Ha controlar de la boma de Gureyi

⇩

Elegir concejos de distrito/bomas (en base al área de intervención del proyecto

→ 4 concejos de distrito en Munuki, 3 bomas en Rejaf, 2 bomas en Gondokoro y 2 Concejos de distrito en Kator

→




⇩

Elección del tamaño de la muestra por concejo de distrito/boma

→ 11 Concejos de distritos /bomas en el estrato seleccionado, distribuidos sobre la proporción seleccionada al tamaño de la población

⇩

Elegir hogares a intervalos regulares desde el marco de muestra con un método de muestreo sistemático

→ 480hogares en el estrato seleccionado y 20 hogares en estrato de control

***Nota:*** *Los payams de Rejaf y Gondokoro emplean el sistema de jefatura y las áreas se dividen en bomas. Kator y Munuki emplean el sistema de concejos de distrito y el área se divide en concejos de distrito.*

## 2.2 Descripción de la metodología

### 2.2.1 Métodos de muestreo;

Para llevar a cabo la evaluación en fases se empleó un muestreo multietápico por conglomerados para las tres etapas. Cada espacio muestreado se seleccionó aleatoriamente a partir de cada concejo de distrito o boma en cada Payam ubicado dentro del área del proyecto.

El 2% del total de hogares (16.618) constituyó el tamaño de muestreo para los hogares del estudio en los cuatro (4) payams.

En este estudio se consideraron como conglomerados las concejos de distrito o bomas intervenidos en el proyecto. En los concejos de distrito intervenidos en Munuki había 7.400 hogares, un total de 5.950 hogares en Rejaf, 2.960 hogares en Kator y 308 en Gondokoro.

Se consideró un ratio por hogar para disponer de una distribución de hogares representativa por área intervenida en cada Payam. Sin embargo, y con el fin de incrementar la precisión, se hizo un ajuste al alza y el nuevo tamaño de muestreo que se estableció fue de 480 hogares distribuidos por payam como sigue:

205 hogares en Munuki, 150 hogares en Rejaf, 88 hogares en Kator y 37 en el payam de Gondokoro. Estas cifras de distribución eran representativas del tamaño de hogar por payam en base al juicio de los consultores.

**Tabla 1: Resumen de hogar muestreado**

| Descripción del hogar | Número | % |
|---|---|---|
| Hogar con mujeres embarazadas | 91 | 18,9 |
| Hogar con menores de 5 años | 296 | 61,7 |
| Hogares con otras categorías | 93 | 19,4 |

### 2.2.2 Diseño de muestreo por conglomerado

En la selección del marco de muestreo para el estudio los consultores determinaron en primer lugar el número de concejos de distrito o bomas en los áreas del proyecto. Se empleó un método de muestreo aleatorio simple para seleccionar 6 concejos de distrito y 5 bomas en los cuatro (4) payams usando una tabla con números aleatorios. El Director M&E de y la Jefa del Proyecto de AMREF orientaron a los consultores para llegar a los concejos de distrito y bomas seleccionados.

### 2.2.3 Método de selección de hogares

En ninguno de los distritos había listado alguno de marcos de muestreo. Se pidió a los líderes de concejo de distrito y boma que llevasen a los investigadores al centro de cada concejo de distrito o boma. Cada uno de los cinco (5) recopiladores de información seleccionó el hogar señalado girando un bolígrafo y determinando así la dirección del primer hogar a entrevistar. Debido al modelo de asentamiento, se eligieron los subsiguientes hogares en intervalos de tres hogares para

así obtener representatividad geográfica. En el reparto de cuestionarios a hogares se dio prioridad a las madres embarazadas o en periodo de lactancia. Este procedimiento se aplicó a cada concejo de distrito y boma.

### 2.2.4 Métodos de selección de centros de salud

Mediante un método de muestreo aleatorio simple se seleccionaron siete (7) centros de salud de entre los catorce (14) centros de salud de los 4 payams. En cada centro se entrevistó a encargados, técnicos de laboratorio y comadronas.

### 2.2.5 Método de selección de pozos

Se seleccionaron 5 pozos de entre los diez (10) de los cuatro payams mediante un método de muestreo aleatorio simple. En cada pozo visitado el consultor interactuó con los usuarios del pozo para valorar la funcionabilidad y la actitud frente a la fuente de agua así como la estrategia de gestión del pozo.

## 2.3 Preparación del trabajo de campo

En la preparación del trabajo de campo los consultores iniciaron un proceso de selección para los equipos de entrevista de campo. De conformidad con el Mandato, los candidatos tenían que tener al menos la educación secundaria y preferiblemente experiencia en la realización de tipos similares de encuestas. Se contrató a cinco (5) personas para las encuestas a hogares y a sus respectivos puntos de agua y comunidades.

Se les impartió una formación de orientación durante tres (3) días en julio de 2012. Tras la orientación se llevó en dos ocasiones a los Asistentes de Investigación para hacer ensayos previos con objeto de establecer la viabilidad de las herramientas. El ejercicio de formación incluyó formación básica en entrevistas y sondeos una vez los Asistentes de Investigación comprendieron plenamente los cuestionarios y la forma más óptima de dirigirlos.

## 2.4 Control de calidad

La calidad de información se garantizó con el uso de módulo de entrada de datos, módulo de edición por lotes, cancelación de datos y análisis de datos, tal y como se explica a continuación:

### 2.4.1 Módulo de edición por lotes

La finalidad principal de este módulo consiste en realizar controles de error de producción de datos y de corrección. Mediante la lógica de programación es posible buscar en todos los datos (por ejemplo todos los casos de cuestionarios a hogares) y verificar si alguna variable presenta cualquier dato incorrecto o imprevisto. Posibilita igualmente la corrección automática de dicho dato así como el cálculo de nuevas variables basadas en la información existente.

### 2.4.2 Módulo de entrada de datos

Este es el módulo en que se definen y almacenan todas las variables y en el que se efectúan todas las formas de entrada de datos. Las variables se almacenan en un diccionario con descripción de

cada variable respecto a su tipo (numérico y alfanumérico), duración, nombre, etc. Además permite establecer valores máximos y mínimos para cada variable, y la definición de categorías o «conjunto de valores» (como categorías por edades, categorías por tipo de fuente de agua, etc.)

### 2.4.3 Entrada de datos

Los consultores utilizaron SPSS para la entrada de datos ya que es el método más fiable de entrada de datos para sondeos. SPSS permite el desarrollo de formas de entrada de datos muy eficientes. La entrada de datos la efectuó un usuario informático experimentado que introdujo los datos de los cuestionarios a hogares, los centros de salud y agua y saneamiento. Introdujo 480 cuestionarios a hogares, 7 cuestionarios a puntos de agua, 7 cuestionarios a centros de salud y 10 cuestionarios a autoridades locales.

### 2.4.4 Cancelación de datos

Como paso previo a la cancelación de datos se crearon tablas de frecuencia para todas las variables que detallaban los valores mínimos y máximos introducidos así como algunas estadísticas básicas como valores de promedio. Los valores sospechosos se verificaron manualmente y corrigieron cuando fue oportuno (o se introdujeron como datos perdidos cuando la corrección no era posible).

Durante la cancelación de datos quedó claro que aproximadamente el 2% de los 480 cuestionarios a hogares presentaban errores de codificación. Estos errores se corrigieron por medio de técnicas de triangulación.

Los cuestionarios a puntos de agua y a centros de salud presentaban sólo unos cuantos errores de codificación que se corrigieron manualmente.

## 2.5 Análisis de datos

Los principios subyacentes al análisis de datos, de conformidad con el Mandato, son los siguientes:

- Los datos centrados en indicadores se alinearon con la propuesta del proyecto y se presentaron en el formato aprobado por AMREF Sudán del Sur, AMREF España y el donante.
- Separación de todos los indicadores principales por conglomerados de objetivo y control.
- Separación por género cuando sea oportuno, necesario y posible. La separación principal en este aspecto se presenta a nivel de hogares, es decir, distinción entre mujeres (de 15 a 45 años) y hombres en el área del proyecto. Para algunos indicadores (como el uso de instalaciones de inodoros y práctica de lavado de manos, uso de centros de salud, uso de LLIN y puntos de fuente de agua).

  Para cumplir con todos los puntos anteriores se tuvieron que volver a categorizar algunas variables y a calcular otras nuevas.

### 3.1 Resultado de la Evaluación (nivel de resultados).

**Objetivo 1: Mejora de los servicios e infraestructura de atención sanitaria primaria en el condado de Juba.**

**A.1.1 Construcción y equipamiento de dos (2) PHCU en Rejaf y Gondokoro:**

Este proyecto tenía prevista la construcción de 2 PHCU para 2012. Sin embargo, se construyeron 3 PHCU de las que dos están operativas (Jebel y el bloque 4 de Gudele) mientras que la PHCU de Kansuk no está operativa ya que en el momento de esta encuesta no se disponía de trabajadores sanitarios para trabajar en el centro. En todo caso, el Director de PHCSMOH-CES explicó que está previsto contratar trabajadores sanitarios en el centro. Además, el jefe de Kansuk aclaró que ya han identificado a algunos miembros de la comunidad a los que ya se les ha enviado a recibir formación y que se les pondrá a trabajar en este centro una vez concluida su formación.

**Tabla 2: Consecución frente a indicadores de resultado**

| **Payam** | **Tipo** | **Construida** | **Estado** |
|---|---|---|---|
| Gudele | PHCU | 1 | Operativa |
| Rejaf(Kansuk/Gbongkongaki) | PHCU | 1 | No operativa |
| Jebel | PHCU | 1 | Operativa |
| **Total** | | **3** | |

**INSTANTÁNEA de la PHCU de Jebel**

**Declaración del Director del payam de Munuki**

*«AMREF ha construido para nosotros dos PHCU, una en Jebel y otra en el bloque IV de Gudele. También han perforado pozos para las PHCU. Les he pedido que formen a técnicos de pozo para poder encargarse de las reparaciones.(ya se han formado a 8 mecánicos y los 8 promotores de higiene formados tienen ya conocimientos en mantenimiento de pozos).AMREF también ha proporcionado bicicletas y ha formado a educadores pares para la promoción de higiene. Dado que nuestro área es tan extenso quiero pedir a AMREF la construcción de un PHCC en el Bloque IX».*

### A.1.2 Rehabilitación de 4 PHCU

Se había previsto en el marco del proyecto que AMREF rehabilitase en colaboración con autoridades locales 4 PHCU. Las instalaciones que debían renovarse se identificaron con la ayuda del departamento de sanidad condal y de las autoridades locales. Ahora bien, la evaluación se percató de que AMREF no había rehabilitado centro de salud alguno ya que no había ninguno que rehabilitar. Las instalaciones identificadas por el CHD para su renovación requieren de nueva construcción.

### A.1.3 equipamiento de las instalaciones rehabilitadas

Se equipó respectivamente a las PHCU de Gudele y Jebel en el Bloque 4 con paneles solares y generadores para proporcionar luz en los laboratorios, oficinas, para hacer frente a las emergencias nocturnas y para proporcionar energía a los refrigeradores de cadena de frio para medicamentos y vacunas. Las autoridades de payam proporcionaron los paneles solares y generadores. En todo caso, éstas no son instalaciones rehabilitadas, sino de obra nueva.

Las instalaciones se equiparon con armarios metálicos y de madera, mesas, camillas de consulta, botiquines, bidones de agua, bidones, manteles, banquillos, sillas de plástico, lavamanos, baldes de aluminio, toallas, exprimidores y jarras.

## Objetivo 2: Incrementar el acceso a agua potable e infraestructuras de saneamiento y la concienciación de higiene en el condado de Juba.

### Instalaciones de Agua y Saneamiento:

El Proyecto de AMREF había empleado planteamientos de participación comunitaria de la metodología de Higiene Participativa y Transformación Sanitaria (PHAST) así como planteamientos de niño a niño (CHAST).El objeto de estos planteamientos era fomentar la participación de la comunidad en el análisis de sus propios problemas, la planificación y toma de decisiones. Para la planificación e implementación el proyecto se centro en participantes clave como los presidentes de los concejos de distrito y los administradores de payams. El enfoque escolar había supuesto la creación de capacidad de profesores que tendrán que formar a su vez a otros profesores que no tuvieron oportunidad de recibir formación WASH, así como a sus alumnos en sus respectivas escuelas. De acuerdo con este planteamiento los alumnos también forman a otros alumnos (planteamiento de niño a niño).Este planteamiento resultó eficaz ya que los niños de las escuelas primarias de Rejaf, El Salam, Gondokoro y Libya en el condado de Juba fueron capaces de influenciar a sus compañeros para participar en las campañas de higiene y saneamiento. Esto se puede probar con la observación de los recintos escolares, que estaban limpios cuando la encuesta tuvo lugar, y además disponían de material para, la recogida de basuras, las fosas de basura y el mantenimiento de las letrinas escolares.

El proyecto proporcionó instalaciones de agua y saneamiento tal y como se muestra más adelante:

### A.2.1 Perforación de pozos en 2 PHCU

El agua de pozo supone una fuente que proporciona suministro estable de agua potable para las comunidades del condado de Juba. La principal ventaja de esta fuente de agua es que mientras que las otras fuentes de agua, como ríos o manantiales, se contaminan durante la época de lluvias, normalmente entre los meses de mayo a octubre, el agua de pozo es la única fuente estable de agua potable en los áreas rurales. En todo caso, sin un uso adecuado, los pozos no serían fuentes sostenibles, ya que la capacidad de la gente de conservar y hacer el uso correcto de los recursos hídricos determina en gran medida la vida útil de dicha fuente de agua.

**Nivel de realización**

La ampliación de los servicios de abastecimiento de agua a las comunidades ha contribuido positivamente a su salud ya que les previene de enfermedades relacionadas con el agua. El tiempo empleado en recorrer largas distancias para abastecerse de agua podría destinarse a actividades productivas como la producción de cultivos. Por encima de todo, «el **Derecho al Agua**», recientemente proclamado por las Naciones Unidas (Observación General nº 15, 2002), establece que el agua es «indispensable para llevar una vida con dignidad humana» y «un prerrequisito para el logro de otros derechos humanos».

AMREF pretende alcanzar el objetivo de incrementar el consumo de agua limpia y potable para las comunidades en el área del proyecto a 15 litros pero cápita al día y con un máximo de 500 personas por punto de agua potable en un rango no superior a 1,5 km.

**Tabla 3: Pozos perforados frente a indicadores de resultado**

| **Resultados** | **Objetivo:** | **Reales** | **%/# conseguido** | **Operatividad** |
|---|---|---|---|---|
| Número de nuevos pozos perforados | 8 | 10 | 100% | 4 no operativos<br>6-operativos |
| Número de kits de mantenimiento de pozo(estándares y específicos) proporcionados a mecánicos de bomba | El presupuesto destinado a ello podía solo asumir la compra de 4 kits | 12 | 12 | Operativos |

*Se distribuyeron los 4 kits a los payams y se concluyó que había que aumentar el número de kits de mantenimiento para que cada comité de gestión del agua dispusiese de uno y así incrementar la cobertura.*

La formación a mecánicos de bomba no estaba prevista pero a medida que la implementación avanzaba se observó que era necesario incluirla ya que éstos representan un papel esencial a efectos de sostenibilidad. En total el proyecto impartió formación a 16 mecánicos de bomba.

Los cuatro (4) pozos no estaban operativos en el momento de la encuesta ya que habían sufrido daños y estaban en estado de reparación. Los mecánicos de bomba entrevistados explicaron que aunque disponen de herramientas para reparar los pozos carecen de recambios y los usuarios del agua no están dispuestos a aportar dinero para la compra de recambios. Cuando se conversó con las autoridades de payam éstas afirmaron que estaban en proceso de solicitud de recambios a la DRWSD y a UNICEF para poner operativos los pozos dañados.

**Ejemplos satisfactorios;**

*«Antes de la perforación del pozo teníamos que recoger agua para beber del rio, los casos de diarrea eran habituales, y me llevaba una hora recorrer los 4 km. hasta llegar al rio. Ahora sólo tengo que caminar durante 5 minutos hasta el pozo. Es muy diferente el agua del rio y el agua del pozo. El agua del río estaba contaminada con heces animales y humanas.*

*Muchos campesinos padecían diarrea. El agua del pozo es limpia y potable y ahora ya no sufrimos la diarrea. Estamos muy agradecidos a AMREF por este pozo».*

*Así lo contaba Kidden Margretta.*

### A.2.2 Perforación de pozos en 5 escuelas/comunidades

**Tabla 4: Ubicación de los pozos perforados**

| **Ubicación de los pozos perforados** | **Número de perforaciones** |
|---|---|
| **ESCUELA** | |
| Escuela primaria de Kangu | 1 |
| Escuela básica de Rejaf Este | 1 |
| Escuela básica de Atlabara B | 1 |
| Escuela básica de El Salaam | 1 |
| Escuela básica United Believer | 1 |
| **Subtotal** | **05** |
| **Comunidad** | |
| Mononyit (ubicación propuesta para nuevo PHCC) | 1 |
| Gudele bloque 5 | 1 |

| | |
|---|---|
| Gudele bloque 7 | 1 |
| **Subtotal** | **03** |
| **Centros de Salud** | |
| Jebel bloque 4 | 1 |
| Gudele bloque 4 | 1 |
| **Subtotal** | **02** |
| **Total** | **10** |

Hay 2 pozos perforados en las PHCU, 5 pozos en escuelas y 3 perforados en las comunidades tal y como se ilustra más abajo.

**A.2.3 y 4. Instalación de letrinas en escuelas y centros de salud**

Conforme a este proyecto AMREF Sudán del Sur tenía previsto instalar 10 letrinas tanto en las PHCU como en escuelas. Es por este motivo por el que AMREF había organizado tantas reuniones de apoyo para fomentar prácticas de saneamiento adecuadas en las comunidades sometidas a la metodología Participativa en favor de la Higiene y la Transformación del saneamiento (PHAST), con la finalidad de mejorar el saneamiento e higiene y reducir las enfermedades relacionadas con la higiene como la diarrea.

**Tabla 5: Letrinas instaladas frente a indicadores de resultado**

| **Resultados** | **Previsión** | **Reales** | **% conseguido** |
|---|---|---|---|
| Número de letrinas instaladas en escuelas | 5 | 2 | **40** |
| Número de letrinas instaladas en PHCU | 5 | 3 | **60** |

Se instalaron menos letrinas de las previstas porque el coste de los materiales se había disparado y el presupuesto no pudo hacer frente a la instalación de 10 letrinas. Además el tipo de letrinas instaladas era permanente, por lo que incluían hormigón en el fondo de forma que una vez llenas, pueden vaciarse y reutilizarse de nuevo.

***INSTANTÁNEA de la Escuela básica All-Saints/Rejaf Este:***

*«Antes de que AMREF pusiese las instalaciones de saneamiento en nuestra escuela los niños tenían que ir a los matorrales a defecar. Desde que se instalaron los retretes los niños los usan y ya no tienen que ir al matorral cuando están en la escuela. Ahora disponemos de letrinas para chicos y chicas y también de lavamanos. Los alumnos limpian las letrinas todos los días.*

*Los alumnos de la escuela básica de All-Saint/Rejaf posan frente a su letrina instalada por AMREF. La letrina ha cambiado nuestras vidas porque en los matorrales existen amenazas tales como minas antipersonas, mordeduras de serpientes e incluso trampas. Ahora las letrinas se encuentran cerca de las aulas y su uso es cómodo.*

*Ahora queremos que AMREF cerque la escuela porque las comunidades de alrededor hacen mal uso de nuestra letrina».*

**A.2.5 & 6. Provisiónde equipos para el mantenimiento de pozos y kits de análisis**

AMREF facilitó kits de análisis de agua que se emplearon para realizar análisis de calidad del agua y supervisó los pozos perforados en las áreas de intervención del proyecto tanto antes como después de las perforaciones. Se recogieron muestras, analizaron los resultados y se compartieron los resultados con líderes de las comunidades, como presidentes de los concejos de distrito, jefes y mecánicos de bomba. Dos de los kits de análisis los empleó la compañía de perforaciones (Jagan) durante la perforación de pozos para analizar la calidad del agua mientras que la Dirección de Aguas y Desarrollo de Saneamiento Rurales empleó seis kits de análisis de agua (AMREF los facilitó a la DRWSD a petición de la última) para realizar análisis rutinarios de calidad del agua. Así que se emplearon y gastaron por completo un total de ocho kits de análisis para el análisis de calidad del agua.

Los promotores de higiene y mecánicos de bomba de mano prestaron apoyo al proyecto mediante la movilización a las comunidades  para fomentar la higiene en todos los puntos de agua.

Se formó a los mecánicos de bomba y promotores de higiene para impartir educación sanitaria sobre el fomento de la higiene y se les facilitó guantes, petos, botas de goma, y chubasqueros para su propia protección, kits de mantenimiento de pozo para el mantenimiento/reparación de los pozos y bicicletas para facilitar la carga y transporte de los kits de mantenimiento.

**Tabla 6: Equipos proporcionados frente a indicadores de salida**

| **Resultados** | **Previsión** | **Reales** | **%/# conseguido** |
|---|---|---|---|
| Kits de análisis de agua adquiridos | 15 | 8 | 53 % |

El presupuesto sólo permitía la adquisición de 8.

Se proporcionó un total de 36 bicicletas y se distribuyeron entre 20 educadores pares y 16 comités activos WASH. Aunque el proyecto había previsto inicialmente la compra de 30 bicicletas, la necesidad de 6 bicicletas adicionales hizo que tuviese que recurriese a parte de los fondos para formación para la compra de las seis bicicletas. La causa de esto fue la solicitud a AMREF Sudán del Sur por la PWC con el fin de proporcionar medios de transporte a los educadores pares y mecánicos y facilitar así su movilidad.

***Tabla 7: Proporción de kits de mantenimiento de pozo a 10 pozos***

| **S/N** | **Payam** | **Ubicación de la entrega** | **Número de kits** |
|---|---|---|---|
| **1** | **Munuki** | PHCU de Hai-Jebel | **1** |
| | | Nyakuron Oeste Extensión de 1ª clase | **1** |
| | | Munuki Bloque C | **1** |
| | | GudeleBloque 7 | **1** |
| **2** | **Kator** | Centro de Lologo | **1** |
| | | Centro de Kator | **1** |
| | | Atlabara B | **1** |
| **3** | **Gondokoro** | Mori Boma | **1** |
| | | Mononyik | **1** |
| **4** | **Rejaf** | Escuela básica de RejafEste | **1** |
| | | Rejaf Oeste (aldea de Kolye) | **1** |
| | | Oficinas del Payam de Rejaf Gumbo | **1** |
| | **Total** | | **12** |

**Objetivo 3: Incremento de la concienciación de prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades como la malaria en el condado de Juba.**

**A.3.1. Suministro de medicamentos esenciales/de emergencia a PHCU/PHCC**

**Tabla 8. Medicamentos esenciales suministrados**

| Centro de Salud | Tipo | Centro de Salud | Tipo |
|---|---|---|---|
| PHCC de Rejaf | Quinina 3 Latas<br>Jarabe de quinina 56<br>Panadol 3 latas<br>Metronidazol 3 latas<br>Jarabe de Metro 50 | PHCU de Gondokoro | Artesunato 120 latas<br>Panadol 4 latas<br>ORS 126 |
| PHCC de Kator | Quinina 4 latas<br>Jarabe de quinina 106<br>Panadol 3 latas<br>Metronidazol 5 latas<br>Jarabe Metro 100 | PHCC de Munuki | Quinina 5 latas<br>Jarabe de quinina 150<br>Panadol 3 latas<br>Metronidazol 6 latas<br>Jarabe Metro 100 |
| PHCU de Gudele bloque 4 | Ciprofloxacin comprimidos 200 pkts<br>Cloranfenicol cápsulas 200pkts<br>Ciprofloxacin inyectable 150 viales<br>Cloranfenicol inyectable 150 viales<br>Ceftriaxona(Flamingo) 190 viales<br>Agua para inyección 400pkts | PHCU de Jebel Bloque 4 | Ciprofloxacin comprimidos 200 pkts<br>Cloranfenicol cápsulas 200pkts<br>Ciprofloxacin inyectable 150 viales<br>Cloranfenicol inyectable 150 viales<br>Ceftriaxona (Flamingo) 190 viales<br>Agua para inyección 400pkts |

AMREF suministró medicamentos esenciales a 6 centros de salud en el condado de Juba para el tratamiento de enfermedades comunes en las comunidades. Los suministros de medicamentos se efectuaron a través de empresas farmacéuticas (starpharmacy & Abbacus pharmacy) que operan legalmente en Sudán del Sur.

La distribución se efectuó en dos fases: la primera fase tuvo lugar el 24 de junio de 2010 en cuatro

centros de salud y la segunda el 28 de junio de 2011 en los dos centros de salud construidos por AMREF.

### A.3.2 Provisión de preservativos

El proyecto distribuyó un total de 1.402 preservativos, 1.152 de los cuales se distribuyeron en centros de salud y 250 directamente por los educadores pares mediante los programas de asistencia a zonas de difícil acceso, particularmente cuando van a impartir sesiones de educación sanitaria. UNICEF suministró los preservativos a través del Hospital Técnico de Juba y el departamento de VIH/SIDA sujeto a la Dirección de PHCP en el SMOH CE. El equipo del proyecto se aprovisionó de preservativos sin incurrir en coste alguno para su posterior distribución durante las sesiones de educación sanitaria y en los centros de salud. La respuesta comunitaria frente al preservativo todavía es baja ya que los miembros de la comunidad asocian el preservativo a trabajadores del comercio sexual, lo cual entra en conflicto con sus valores culturales. En todo caso, la distribución de preservativos fue más sencilla en los centros de salud que disponían de centros VCT. Algunos pacientes que acuden por los servicios VCT sí aceptan el uso de preservativos.

### A.3.3 Suministro de reactivos de laboratorio esenciales/de emergencia

Se suministró a los centros también reactivos de laboratorio y aquellos centros que recibieron reactivos de laboratorio están plenamente operativos y los pacientes acceden a los servicios, los resultados de los diagnósticos se obtienen antes y ahorran tiempo productivo a los pacientes. Los centros han incrementado el número de pacientes y disminuido la remisión de pacientes a otros centros para obtención de diagnósticos de laboratorio.

**Tabla 9: Suministro de reactivos de laboratorio a centros de salud**

| Centro de salud | Tipos | Centro de salud | Tipos |
|---|---|---|---|
| PHCC de Rejaf | Colorante A<br>Colorante B<br>Metanol<br>Yodo<br>FOB (Sangre Oculta en Heces Tira/cinta)<br>Lancetas-Manuales<br>Guantes desechables | PHCU de Gondokoro | No se suministraron reactivos de laboratorio a la PHCU de Gondokoro<br><br>Gondokoro es sólo una pequeña PHCU que depende del CHW |
| PHCC de Kator | Colorante A<br>Colorante B<br>Metanol<br>Yodo | PHCC de Munuki | Colorante A<br>Colorante B<br>Metanol<br>Yodo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | FOB( Sangre Oculta en Heces<br>Tira/cinta)<br><br>Lancetas-Manuales<br>Guantes desechables | | FOB (Sangre Oculta en Heces<br>Tira/cinta)<br><br>Lancetas-Manuales<br>Guantes desechables |
| PHCU de Gudelle bloque 4 | Giemsa 2 botes<br>Solución Turk (Wizc)-2 botes<br>HCL (Hb. Estimation)-2 botes<br>Recipientes de orina-2 cajas<br>Recipientes excrementos- 2<br>cajas<br>Solución salina-2 botes<br>Recipientes de sangre- 2<br>recipientes<br>Tiras de orina(10 parámetros)-<br>2 recipientes/ cajas<br>Test de embarazo- 2 cajas<br>VDRL-1 caja<br>Antisuero(A,B,AB&O)<br>3 ampollas<br>Kits de test del HIV determine1 caja<br>Kits de test del HIV Unigold<br>3 cajas<br>Kits de test HBs Ag-1 caja<br>Kits de test HCV- 1 caja<br>Guantes desechables 3 cajas<br>Libros de registro-½ docena<br>Pipetas Pastuer-2 pack | PHCU de Jebel bloque 4 | Giemsa 2 botes<br>Solución Turk (Wizc)-2 botes<br>HCL (Hb. Estimation)-2 botes<br>Recipientes de orina-2 cajas<br>Recipientes de excrementos<br>2 cajas<br>Solución salina-2 botes<br>Recipientes de sangre- 2<br>recipientes<br>Tiras de orina (10<br>parámetros) 2 recipientes/<br>cajas<br>Test de embarazo-2 cajas<br>VDRL-1 caja<br>Antisuero (A,B,AB&O)<br>3 ampollas<br>Kits de test del HIV determine-1 caja<br>Kits de test del HIV Unigold<br>3 cajas<br>Kits de test HBs Ag-1 caja<br>Kits de test HCV- 1 caja<br>Guantes desechables- 3 cajas<br>Libros de registro- ½ docena<br>Pipetas Pastuer- 2 paquetes |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tubo capilar-1recipiente<br>ESR standingrack-1 pcs<br>Tubo ESR (tubo Westerngreen) 6 pcs<br>Hemocitómetro-1pcs<br>Porta tubos-1 pcs<br>Temporizador-1pcs<br>Test de diagnóstico inmediato (RDT)-2 pcs<br>Heoglobinómetro-1 pcs<br>Bolsa de sangre 450mls 2 pcs<br>Set de extracción de sangre-1 pcs<br>Alcohol-33 botes | | Tubo capilar 1 recipiente<br>ESR standingrack-1 pcs<br>Tubo ESR(tubo Westerngreen) 6 pcs<br>Hemocitómetro-1pcs<br>Porta tubos-1 pcs<br>Temporizador-1pcs<br>Test de diagnóstico inmediato (RDT)-2 pcs<br>Heoglobinómetro-1 pcs<br>Bolsa de sangre 450mls 2 pcs<br>Set de extracción de sangre- 1 pcs<br>Alcohol-33 botes |

Se concluyó que las PHCU que construyó AMREF estaban bien aprovisionadas con medicamentos y reactivos esenciales de emergencia y por tanto los servicios ofrecidos en estos centros son equivalentes a los ofertados por los PHCC.

**A.3.4 Provisión/distribución de 3.000 LLINa hogares.**

Desde 2011 se distribuyeron 3.700 mosquiteras impregnadas con insecticida de larga duración a hogares a través de clínicas prenatales y en la comunidad por los educadores pares, jefes, presidentes de los concejos de distrito y comités de gestión sanitaria. Las LLIN se facilitaron a aquellos que el proyecto consideró como los más vulnerables (madres en periodo de lactancia, mujeres embarazadas y niños menores de cinco (5) años).También se tuvo en cuenta a algunas personas mayores, especialmente en Rejaf. Agencias como UNICEF (directamente) y PSI a través del Proyecto MNCH en Tali de AMREF proporcionaron las mosquiteras.

A continuación figura el número de beneficiarios que recibieron las LLIN:

**Tabla 10: Consecución frente a indicadores de resultado sobre distribución de LLIN por categoría de beneficiario**

| **Payam** | **Beneficiarios seleccionados** | | |
|---|---|---|---|
| | **Mujeres embarazadas** | **Menores de cinco (5)** | **Personas Mayores** |
| Rejaf | 378 | 583 | 0 |
| Kator | 368 | 761 | 60 |
| Munuki | 271 | 491 | 88 |
| Gondokoro | 238 | 662 | 0 |
| **Total** | **1.255** | **2.497** | **148** |

Los resultados de la encuesta indican que sólo 72 de los hogares muestreados disponen de LLIN, lo que representa un 15% de la proporción de población con LLIN con un promedio de cuatro (4) LLIN por hogar. Se estableció que entre aquellos que disponen de LLIN sólo un 63,2% hace uso de éstas. La cobertura de la LLIN es considerablemente baja y no todos aquellos que disponen de una la usan. Se concluyó además que de los 296 hogares con niños, 140 presentaron casos de malaria en los últimos meses, lo que representa un 47,3% de los casos de malaria entre niños. En este sentido, en 91 hogares muestreados había madres embarazadas, y 33 de los hogares con madres embarazadas presentaron casos de malaria al menos en una ocasión durante los últimos meses, lo que representa un 36,3% de prevalencia de malaria entre madres embarazadas. Por tanto el número de casos de malaria entre la población seleccionada es todavía elevado. Los encuestados dieron varias respuestas respecto a las causas de que la incidencia de malaria sea todavía alta, y sus razonamientos son:

- Los niños se acuestan tarde porque esperan hasta tarde para cenar.
- El clima de Juba es muy caluroso, lo que provoca que la mayoría no quieran usar LLIN y sufrir más calor.
- Las LLIN no se usan correctamente o directamente no se usan,
- Los varones adultos hacen uso de las LLIN y los niños duermen desprotegidos.

***Voces de la comunidad de Jebel;***

*«Antes de la construcción de esta PHCU las comunidades recibían los servicios sanitarios del Hospital Universitario de Juba que se encuentra muy lejos de aquí. Las madres agradecen mucho a AMREF la construcción de esta instalación sanitaria y le solicitan que transformen la unidad en PHCC. También recibimos LLIN de AMREF y gracias a ellas nuestros niños no sufren malaria con tanta frecuencia.*

*El pozo que perforó AMREF ha reducido la distancia de acceso a la fuente de agua y en definitiva el tiempo que se empleaba en ello. Solíamos recorrer más de 3 km para recoger agua y ahora tan sólo necesitamos caminar menos de 500 m para acceder a una fuente de agua limpia y potable. AMREF nos ha formado en la gestión de fuentes de agua y nos ha proporcionado herramientas para reparar los pozos en caso de avería, sin embargo, estas herramientas de mantenimiento no son suficientes y por tanto solicitamos más».*

**A.3.5 Movilización y sensibilización comunitaria a través de campañas de educación sanitaria para zonas de difícil acceso en los cuatro (4) payams**

La campaña de educación sanitaria logró alcanzar a los cuatro payams. Los trabajadores de la salud comunitarios en los centros, y los educadores pares en las comunidades, y en ocasiones en el centro mediante la consulta del asistente médico encargado, impartían educación sanitaria con carácter semanal. Se impartió un total de 2.875 sesiones de educación sanitaria que tuvieron un alcance sobre 17.600 personas en los cuatro payams. Los números de educación sanitaria recontados de los cuatro payams dieron una cifra estimada de las personas a que se llegó con mensajes de prevención del VIH/SIDA, prevención de malaria, higiene doméstica y personal, cadena de agua segura y prevención de enfermedades diarreicas. La educación sanitaria tuvo un considerable impacto positivo considerando que las enfermedades diarreicas han disminuido en la comunidad y la preocupación por la salud está mejorando. De todo ello quedó constancia gracias a los registros OPD de los centros que se visitaron.

**Tabla 11: Centros frente a asistencia OPD**

| **Centro de salud** | **OPD Enero-Diciembre 2011** | **OPD Enero--Agosto 2012** |
|---|---|---|
| PHCU de Jebel | 11.347 | 48.111 |
| PHCU de Gudelle | 10.102 | 78.264 |

| | | |
|---|---|---|
| PHCC de Rejaf | 23.973 | 97.122 |

| | | |
|---|---|---|
| PHCU de Gumbo | 8.243 | 23.695 |
| PHCC de Kator | 92.001 | 104.322 |
| PHCC de Munuki | 35.921 | 51.831 |
| **Total** | 181.587 | 403.345 |

Gracias a las actividades de promoción de la salud las mujeres embarazadas han comprendido la importancia de atender un centro de salud en caso de enfermar durante el embarazo. Además los trabajadores de la salud han sido formados en tratamiento de la malaria y los educadores pares en tratamiento integrado de enfermedades infantiles en los hogares (IMCI, del inglés *Integrated Management of Childhood Illnesses*), incluida la malaria. Ello ha incrementado la demanda de asistencia sanitaria por parte de la comunidad. La tabla anterior revela que un 31% visitaron OPD al menos una vez en 2011 y éste porcentaje se incremento en un 69% a mediados de 2012, un incremento porcentual del 38% en asistencia OPD.

**Actividades no previstas desempeñadas**

Entre otros suministros se distribuyeron kits maternales desde los centros de salud (4.070) y 809 a través de la asistencia comunitaria a zonas de difícil acceso. Esto se debió gracias a la buena cooperación con UNICEF, particularmente por la buena distribución de LLIN y los informes regulares de calidad respecto a la distribución. Los kits maternales están destinados a mejorar la cobertura ANC así como a mejorar la higiene durante el parto.

**Objetivo 4: Fortalecimiento de la capacidad de gestión y prestación de servicio del GOSS/MOH, autoridades locales y trabajadores de la salud**

**A.4.1 Formación de perfeccionamiento y en prácticas a 20 trabajadores de la salud de PHCC/U.**

El proyecto proporcionó formación y apoyo técnico a 14 centros de salud en el condado de Juba para aumentar la capacidad del personal de los centros de salud a la hora de prestar servicios de atención sanitaria primaria. La formación y formación de perfección había potenciado la moral y confianza de particularmente aquellos que la recibieron. Se impartieron dos (2) formaciones y dos (2) formaciones de perfeccionamiento. Los cursos se centraban en salud reproductiva, habilidades de gestión sanitaria, programación, seguimiento y evaluación, gestión del VIH/SIDA, gestión de laboratorios y sistema de información integrado de gestión sanitaria y de vigilancia y respuesta de enfermedades. Los siguientes centros se beneficiaron del incremento de capacidad práctica:

**Consecución frente a indicadores de resultado**

Se formó a un total de 18 trabajadores de la salud frente a los 20 que el proyecto había previsto, lo cual supone porcentaje de consecución del objetivo del 90%.

**Tabla 12: Centros que se beneficiaron de la formación con categoría de trabajadores de la salud.**

| S/N | Payam/Centro de salud | Categoría | Número |
|---|---|---|---|
| 1 | **Munuki** | | |
| | PHCC de Munuki | Asistente médico general | 1 |
| | | Enfermera comadrona/HV | 1 |
| | | Enfermera | 1 |
| | Nyakuron | Asistente médico general | 1 |
| | | Enfermera comadrona/HV | 1 |
| | | Enfermera | 1 |
| | PHCU de Gudele | Enfermera | 1 |
| 2 | **Rejaf** | | |
| | PHCU de Gumbo | Enfermera | 1 |
| | | Trabajador de la salud comunitario | 1 |
| | PHCC de Rejaf | Asistente médico general | 1 |
| | | Trabajador de la salud comunitario | 1 |
| 3 | **Kator** | | |
| | PHCC de Malakia | Enfermera comadrona/HV | 1 |
| | PHCC de Kator | Enfermera | 1 |
| | PHCC de Lologo | Asistente médico general | 1 |
| | | Comadrona | 1 |
| | PHCC de Kator Sacred Heart Sisters | Enfermera | 1 |
| | | Trabajador de la salud comunitario | 1 |
| 4 | Gondokoro | Trabajador de la salud comunitario | 1 |
| | **Total** | | **18** |

**A.4.2 y3. Formación de 5 días a 10 miembros por centro de salud/equipo de gestión sanitaria de cada payam.**

La formación era combinada y se impartió en tres (3) días en vez de los cinco que estaban previstos.

El motivo de ello fue que el SMOH-CES aclaró que conforme a la política del ministerio dicha formación había de impartirse en tres días. El SMoH-CES se involucró de lleno en la selección del equipo sanitario de payam, que se integraba por el presidente y el secretario establecido para esta formación. Se seleccionaron a dos (2) personas de cada payam para el centro de salud de payam y a 2 personas de entre cinco (5) centros de salud para formar el equipo de gestión sanitaria. La formación tuvo lugar del 25 al 27 de octubre de 2010. Sin embargo, asistieron un total de 16 miembros combinados, lo que supone un 80% del objetivo.

*Daniel Christopher, miembro del comité de gestión sanitaria, PHCU de Jebel, afirmaba:*

*«AMREF es una de las organizaciones que las comunidades más valoran por la calidad de sus servicios. Hablo en representación de los residentes de Rock City. AMREF hizo un trabajo recomendable para la comunidad con la construcción de la PHCU de Jebel y la perforación de un pozo en el recinto.*

*A diferencia de otras organizaciones que trabajan en nuestra comunidad el planteamiento de AMREF tiene base comunitaria. Siempre han sabido colaborar con las personas adecuadas y ello se debe a la transparencia de la directora del proyecto. La comunidad desea más servicios similares, como un pabellón pediátrico y de maternidad. Estoy pidiendo más involucración y participación de los concejos de distrito y de las comunidades, que han de recibir formación acerca de sus funciones y responsabilidades».*

**A.4.4 Formación de 5 días a 5 funcionarios del GOSS/ CES**

Esta formación no se llevo a cabo debido a una subestimación del presupuesto a este respecto. El presupuesto disponible sólo podía cubrir el transporte pero la cantidad destinada a la formación no era suficiente (*fuente: informe final del proyecto*).

**A.4.5 Formación de 5 días a15 miembros de comités de gestión del agua**

La formación se impartió entre el 16 y el 23 de junio de 2010 en la Dirección de Aguas Rurales durante 7 días en vez de 5. Los requisitos estándares (de la DRWSD) exigen que dicha formación se imparta en al menos 7 días para que los participantes puedan hacer su trabajo en el campo. El

número total de participantes formados fue 36 (33 varones y 3 mujeres).Las categorías de los formados abarcaban desde jóvenes, funcionarios del gobierno, líderes femeninos y líderes religiosos.

**Tabla 13: Distribución de comité con formación en gestión del agua por payam**

| S/N | Payam | Género | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | F | M | |
| 1 | Munuki | 2 | 10 | 12 |
| 2 | Kator | 1 | 8 | 9 |
| 3 | Gondokoro | 0 | 7 | 7 |
| 4 | Rejaf | 0 | 8 | 8 |

*Información obtenida del informe anual de 2011 (AMREF Sudán del Sur)*

**Apoyo y formación de CBO (CAWASH) en actividades WASH**

La acción comunitaria en educación en agua, saneamiento e higiene (CAWASH) es una organización local de base comunitaria (CBO) integrada por miembros de asociación de madres, padres y docentes (PTA) una vez formadas por AMREF Sudán del Sur en colaboración con la Dirección de Aguas y Desarrollo del Saneamiento Rurales de Ecuatoria Central en Juba para prestar servicios de atención sanitaria primaria y WASH mediante servicios de promoción de higiene. La CAWASH es una CBO inscrita en el Ministerio de Asuntos Exteriores, Gobierno de Sudán del Sur. La CBO está integrada por 11 miembros, de los cuales dos (2) son mujeres y nueve (9) son hombres. Los miembros salieron de los payams de Gondokoro, Rejaf, Kator y Munuki. En todo caso, la CAWASH está tan estrechamente vinculada al Ministerio de Aguas y Saneamiento Rurales que el Ministerio le cedió un espacio temporal de oficina dentro de las instalaciones del Ministerio.

**FINALIDAD**: La CAWASH se fundó para mejorar los estándares de la comunidad con la proporción del acceso a agua limpia y potable desde las fuentes de agua locales, la promoción de buena salud y la educación comunitaria en prácticas de higiene saludables.

AMREF y CAWASH firmaron un protocolo de intenciones (MoU) el 27 de enero de 2010 por 10 meses.

AMREF/AECID subcontrató una subvención a CAWASH por importe de **13.292SDG** para implementar las siguientes actividades;

- Movilización y creación de clubs WASH en las escuelas
- Formación a clubs WASH

**Tabla 14: Resumen de alumnos y PTA formados en higiene y saneamiento escolar**

| **Payam** | **Número de alumnos formados** | | **Número de PTA** | | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|
| | **F** | **M** | **F** | **M** | |
| Kator | 21 | 24 | 1 | 4 | 5 |
| Rejaf | 15 | 15 | 1 | 3 | 4 |
| Munuki | 12 | 18 | 0 | 6 | 6 |
| Gondokoro | 8 | 7 | 0 | 5 | 5 |
| Sub-total | 56 | 64 | 2 | 18 | 20 |
| **Total** | **120** | | | | **20** |

La CAWASH hizo un gran trabajo en las escuelas, ya que formaron a profesores y alumnos tal y como se detalla en la tabla anterior. De entre las escuelas que visitaron cabe destacar la organización del club WASH de la escuela primaria básica de Lybia. Los miembros del club aportaron 2 SSP cada uno y emplearon el dinero para comprar herramientas de saneamiento: 3 carretillas, cuchillas, palas y rastrillos que emplean para la promoción de salud medioambiental en la escuela.

**Formación y fortalecimiento de los club WASH**

El programa de AMREF de educación en higiene y saneamiento escolar (SSHE) va más allá de la construcción de instalaciones de agua y saneamiento. También pretendía mejorar la educación y prácticas de higiene y saneamiento en las escuelas a las que acuden los niños así como la calidad de vida de los niños y de sus familias, tanto ahora como en los años venideros.

El planteamiento de higiene y saneamiento en las escuelas ha resultado de gran utilidad. Los niños más pequeños practican una higiene saludable en las escuelas. Por ejemplo, en la escuela primaria básica de Lybia, los niños organizan teatros y discursos de sensibilización para transmitir mensajes a sus compañeros respecto a los hábitos de una buena higiene personal.«La higiene y el saneamiento medioambiental en las escuelas han mejorado notablemente desde la creación de este club», explicaba el director de la escuela básica de Lybia.

Club WASH de la escuela básica de Lybia

*«Estamos orgullosos porque hemos conseguido movilizar a nuestros compañeros para conservar limpio el recinto de la escuela. Los alumnos recogemos la basura todas las mañanas, la tiramos a la fosa d basura y una vez seca la quemamos».*

**Beneficios de la WASH en la escuela**

Antes de la creación del club WASH ni los niños ni las comunidades vecinas cuidaban adecuadamente las instalaciones de higiene y saneamiento. Las enfermedades diarreicas eran comunes entre los niños debido a las malas prácticas de higiene. Las enfermedades relacionadas con el saneamiento se vieron notablemente reducidas cuando la CAWASH creó el club WASH en la escuela. Nuestro registro escolar indica que solían tener al menos de dos a tres casos de diarrea semanales, sin embargo desde que la CAWASH creó el club WASH en la escuela primaria básica de Lybia observamos como máximo un caso de diarrea al mes. El planteamiento de niño a niño ha mejorado las condiciones sanitarias de la escuela gracias a la labor del club y los miembros del club están orgullosos del trabajo que están haciendo en la escuela. Los miembros del club incluso llegaron a contribuir entre ellos y compraron herramientas para el saneamiento: cortadoras, rastrillos, carretillas y cepillos para potenciar la limpieza del entorno escolar y prevenir la contaminación del entorno, lo cual limita las amenaza a la salud infantil. Así se expresaba «el director de la escuela primaria básica de Lybia».

AMREF había construido instalaciones sanitarias separadas para chicos y chicas en la escuela básica All-Saint/Rejaf. La falta de intimidad para las chicas en aspectos sanitarios desalienta a menudo a las adolescentes a acudir a la escuela, especialmente durante su periodo de menstruación. Ello contribuye al absentismo y abandono escolar de chicas antes de finalizar la enseñanza primaria. Antes de que AMREF construyese las instalaciones sanitarias, cada día faltaban a clase 10 alumnos y sus calificaciones eran malas, sin embargo, ahora sólo suelen faltar dos o tres. Se espera que mejore el rendimiento de los alumnos con la construcción del nuevo bloque de aulas y con buenas instalaciones sanitarias promovidas por el club WASH, explicaba el director, Padre James Ladu.

### A.4.6 Formación de 5 días a 20 educadores pares (promotores de salud) en promoción de la salud

Se formó a los 20 educadores pares para que impartiesen educación sanitaria en los hogares. Se hizo una selección en los cuatro payams para impartir educación de la salud en pueblos y escuelas acerca de prevención del VIH/SIDA, malaria y promoción de higiene. En todo caso, parece que, especialmente desde que AMREF concluyó el proyecto en febrero de 2012, algunos de los educadores pares no están trabajando pese a que recibieron su formación. Se les proporcionó libros de registro para anotar su trabajo diario en el campo y modelos de informe mensual que firmaban los jefes o presidentes de los concejos de distrito antes de su presentación mensual a AMREF Sudán del Sur. El evaluador verificó los registros de educador par para la PHCU de Gudele en el bloque C de Munuki y comprobó que el libro de registro estaba correctamente cumplimentado con

la información necesaria. Los libros de registro en Rejaf Este no se verificaron porque el educador par se encontraba en otro pueblo. Los educadores pares también están vinculados al PHCC/PHCU.

**Tabla 15 Educadores pares formados por payam por centro: Consecución frente a indicadores de resultado**

| Payam | Centros de salud | Número/Centros De salud |
|---|---|---|
| **Munuki** | PHCC de Munuki | 1 |
| | PHCC de Nyakuron | 1 |
| | PHCC de Gudelle Bloque C | 1 |
| | PHCC de Gudelle Bloque 4 | 1 |
| | PHCU de Jebel | 1 |
| **Rejaf** | PHCU de Gumbo | 1 |
| | PHCC de Rejef | 2 |
| | PHCU de Jondoru | 1 |
| | PHCU de Kansuk | 1 |
| **Kator** | PHCU de Lologo | 1 |
| | PHCC de Kator | 1 |
| | Malakia | 1 |
| | En Labara B | 1 |
| **Gondokoro** | Mononyik | 2 |
| | Kangu | 1 |
| | Logomari | 1 |
| | Mori | 1 |
| **Total** | | **20** |

### A4.7 Formación de 5 días a 20 miembros de PTA en gestión de higiene y saneamiento

Se trata de asociaciones de padres y docentes cuya capacidad se ha fortalecido para fomentar la higiene y el saneamiento. Se formó a los docentes para ser formadores de formadores (ToTs, del inglés *Trainers of Trainers*) en actividades escolares de promoción de la salud. Los docentes formados impartieron formación posteriormente a los comités escolares para apoyar la promoción de salud y movilizar a las comunidades a participar en actividades de promoción de la higiene.

**Tabla 16: PTA formadas por payam**

| Payam | Número de PTA formados | | Total |
|---|---|---|---|
| | Hombres | Mujeres | |
| Kator | 4 | 1 | 5 |
| Gondokoro | 5 | 0 | 5 |
| Munuki | 6 | 0 | 6 |
| Rejaf | 3 | 1 | 4 |
| **Total** | 18 | 2 | 20 |

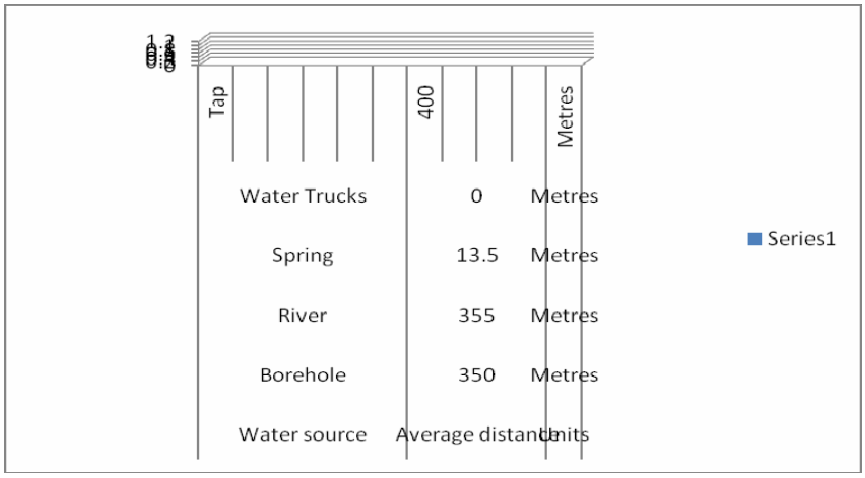
### A.4.8 Formación de perfeccionamiento a 10 miembros de comités de gestión del agua

La formación de perfeccionamiento se impartió durante 5 días entre el 4 y el 8 de abril en el recinto de Totochan, frente a UNICEF, a la que asistieron 27 personas de las que 3 eran mujeres y 24 hombres. Las categorías de los asistentes a la formación de perfeccionamiento abarcaban desde mecánicos, jóvenes, líderes de mujeres y líderes religiosos. La formación la impartió la Dirección de Aguas y Desarrollo de Saneamiento Rurales del Ministerio de infraestructuras. Los consultores pudieron observar que, a pesar de que se había previsto dar formación de perfeccionamiento a 10 miembros, AMREF formó a 3 miembros por cada pozo, lo cual supuso un efecto multiplicador que tendría mejores resultados a los previstos.

### 3.2 Resultado de la Evaluación (nivel de resultados).

**Objetivo dos (2)**

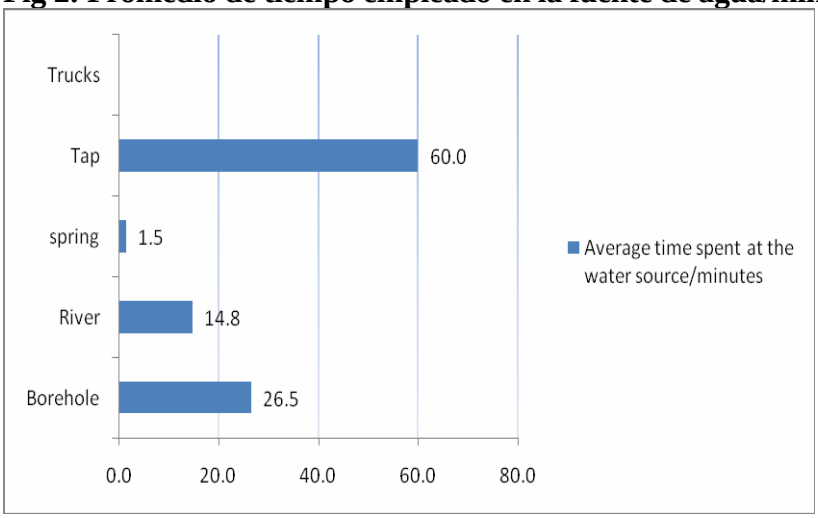
**Fig 1: Distancia respecto a fuentes de agua**




El gráfico demuestra que los miembros de los hogares no tienen que recorrer «**metros extra**» para acceder a las fuentes de agua. Las distancias a los pozos, grifos y río son básicamente las mismas, es decir entre 350 y 400 metros, excepto en el caso de los manantiales y camiones cisterna, que

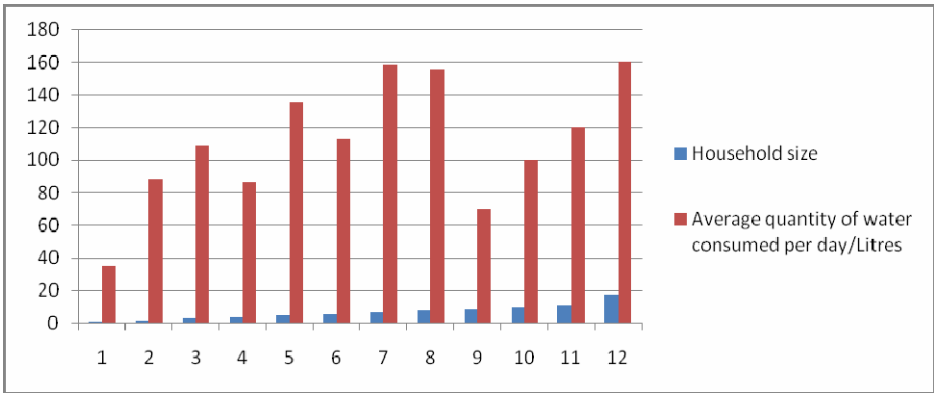
oscilan entre 0 y 13,5 metros. De hecho, un porcentaje mayor de fuentes de agua se encuentra a menos de 500 metros de distancia. Por tanto, se puede concluir que la fuente de agua más utilizada son las cisternas, seguidas por los manantiales, pozos, río y agua corriente en este orden.

**Fig 2: Promedio de tiempo empleado en la fuente de agua/minuto por tipo de fuente de agua**



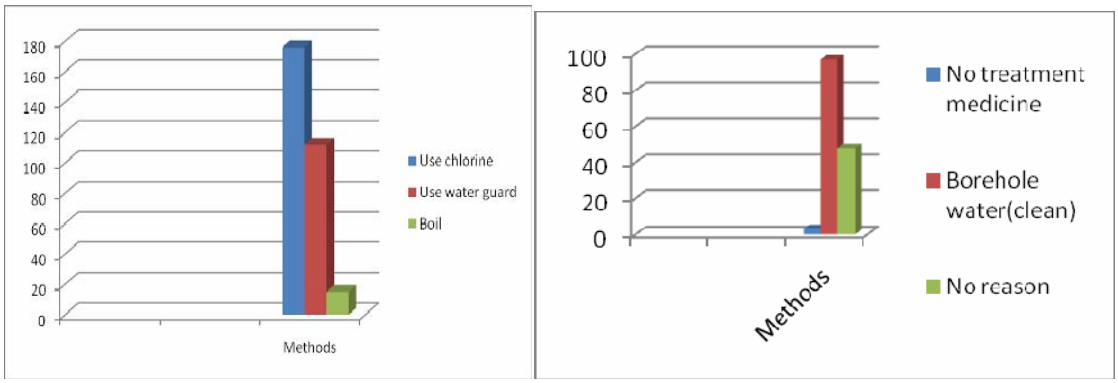

Tal y como se demuestra en el gráfico anterior, la mayoría de los hogares recogen el agua de los camiones cisterna ya que el suministro de agua se hace de puerta a puerta y por tanto no hay que recorrer distancia alguna ni gastar tiempo. Este fue el caso únicamente de los payams de Kator y Munuki. Se observó igualmente que los hogares gastan más tiempo en las fuentes de agua corriente, seguidas por los pozos, ríos y manantiales en este orden. El gráfico anterior refleja que las fuentes de agua corriente se ubican más lejos, lo que exige caminar una distancia que lleva casi una hora de tiempo. Sin embargo, la lejanía de estas fuentes y la gran cantidad de tiempo que se gasta en las mismas no amplían verdaderamente la cobertura de suministro de agua potable. La preferencia de fuente de agua determina la elección de la fuente concreta a utilizar. Estas elecciones se determinan por el estatus económico de los hogares, el sabor del agua y la facilidad de acceso. Aún así ninguna fuentes de agua mejorada (agua corriente y pozos) cumple con los estándares de SPHERE de 15 minutos para los entornos posteriores a zonas conflictivas.

**Fig 3: Consumo de agua frente a tamaño del hogar**




El consumo de agua por persona al día es una variable calculada que se deriva de la información obtenida de los cuestionarios a los hogares sobre el número de miembros por hogar, y la cantidad de agua que recogen al día. El gráfico muestra que el promedio de consumo es de 111 litros/hogar/día. El consumo también varía dependiendo del número de personas por hogar. El gráfico indica igualmente una clara correlación entre el consumo por hogar al día con el tamaño del hogar. Cuanto mayor es el tamaño del hogar menor es el consumo por miembro. Los hogares con alrededor de 5 a 9 miembros actualmente consumen cerca de 13 litros por persona, menos de los 20 litros por persona al día que recomienda la OMS.

**Fig 4: Métodos de tratamiento del agua de los hogares**

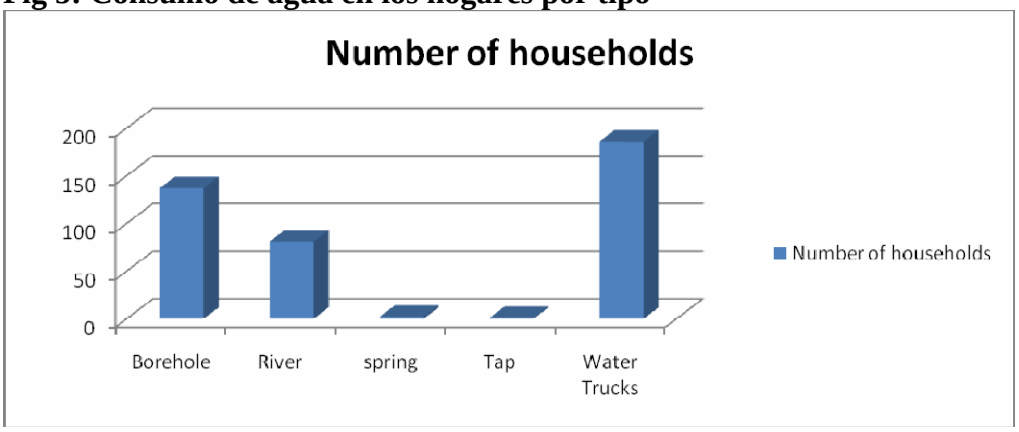



El 60% depura el agua El 40% no depura el agua

**Hogares que depuran el agua:** los gráficos indican claramente que la mayoría (60%) depuran el agua para el hogar. El método de tratamiento que se emplea comúnmente es el de añadir lejía/cloro, y la predominancia de este método de tratamiento se debe principalmente a las campañas de fomento de prácticas de higiene saludables. El hervido de agua se practica en menor medida en aquellos hogares que depuran el agua.

**Hogares que no depuran el agua:** El resultado indica que sólo el 40% del total de la población no depuran el agua antes de su ingesta. Entre los motivos para justificar la falta de tratamiento del agua antes de su ingesta se incluye la carencia de pastillas de cloro para depurar el agua, el uso de agua pozo potable y que algunos no encontraban motivo para depurarla.

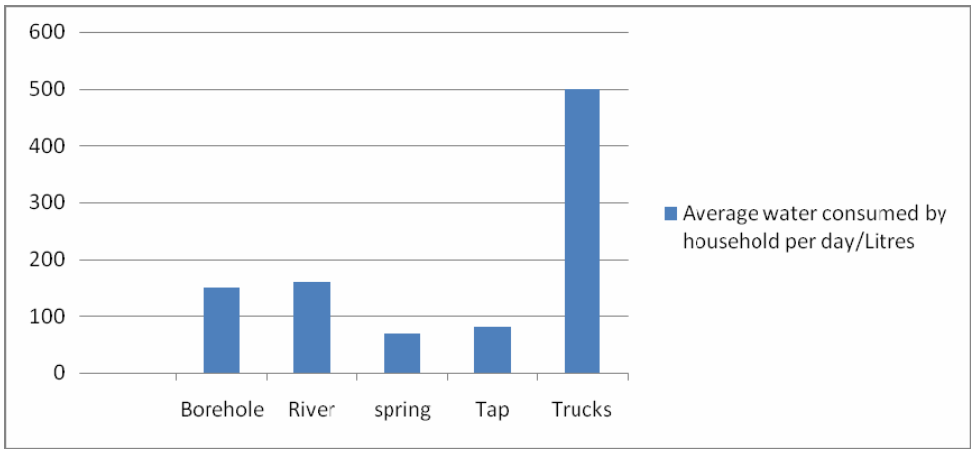
**Fig 5: Consumo de agua en los hogares por tipo**




El gráfico indica que 219 de los hogares muestreados obtienen el agua de los camiones cisterna, lo que representa un 45,7%, mientras que 161 hogares muestreados obtienen el agua de los pozos, es decir un 33,7%.96 de los hogares muestreados (19,9%) obtienen el agua para beber del río y 4 hogares (sólo un 0,7%) obtienen el agua para beber de grifo y manantial. Queda claramente patente que la mayor parte de la población obtiene el agua que venden los camiones cisterna.

De las observaciones y respuestas obtenidas en los hogares se desprende que usan agua de cisternas y agua del río tanto para beber como para uso doméstico. En todo caso, depuran el agua de estas fuentes con cloro/lejía antes de su ingesta

**Fig 6: Promedio de consumo de agua por hogar al día en litros**




El gráfico muestra la cantidad de agua en litros que se consume al día por cada hogar. Por tanto se observa que el promedio en litros de consumo de agua por hogar al día es de 112 litros. Dado que el promedio de personas por cada hogar es de 6 personas, el promedio de consumo de agua en litros per cápita al día pude calcularse como sigue:

6 personas ⟶ 112 litros/al día

1 persona ⟶ X litros/al día

De este modo se obtiene el promedio en litros de consumo de agua por persona al día

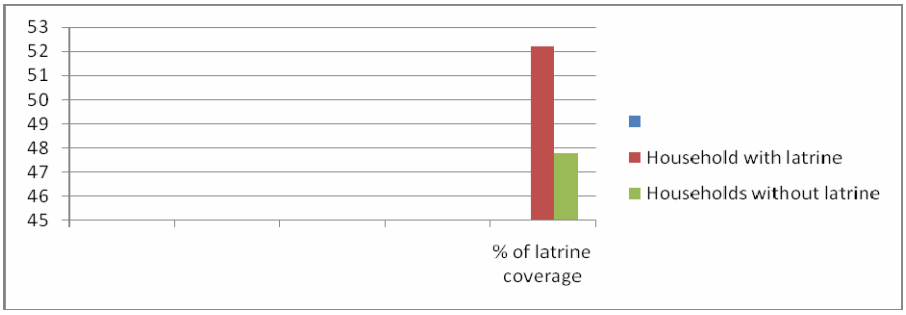
112/6=18,7 litros/persona/día.

La cantidad generalmente aceptada de agua por persona al día equivale a 20 litros

Por tanto este promedio de 18,7 litros/persona/día no cumple con los mínimos en términos de calidad y cantidad recomendados por la OMS.

**Higiene y saneamiento**

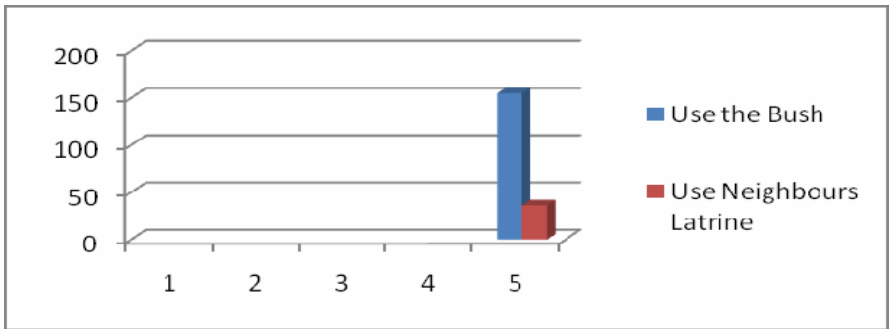
**Fig 7: Cobertura de saneamiento en los cuatro payams**




El gráfico revela que 251 hogares (52,3%) muestreados disponen de letrinas de fosa de tipo tradicional, lo que supone un importante paso para acabar con la práctica menos higiénica, la defecación al aire libre. Se considera un método efectivo de eliminación fecal. En general, la mayoría de letrinas no cumplen con los estándares SPHERE y su uso inadecuado requiere una gran sensibilización respecto al uso adecuado de las instalaciones. Sin embargo, 229 de los hogares muestreados (47,7%) no disponen de letrina y, o bien la comparten con sus vecinos, o acuden a los matorrales a defecar en caso de emergencia. La cobertura de letrinas resultó mayor en los payams de Kator y Munuki en comparación con los payams de Rejaf y Gondokoro.

Se observó que 4 de 37 hogares en Gondokoro disponen de letrinas, lo que supone un 10,5% de cobertura de letrinas, en Munuki 122 de 205 (59%), mientras que en Kator 49 de 88 hogares muestreados (55,7%) disponen de letrinas y en Rejaf 26 de 150 hogares muestreados disponen de letrinas (el 17,3%).

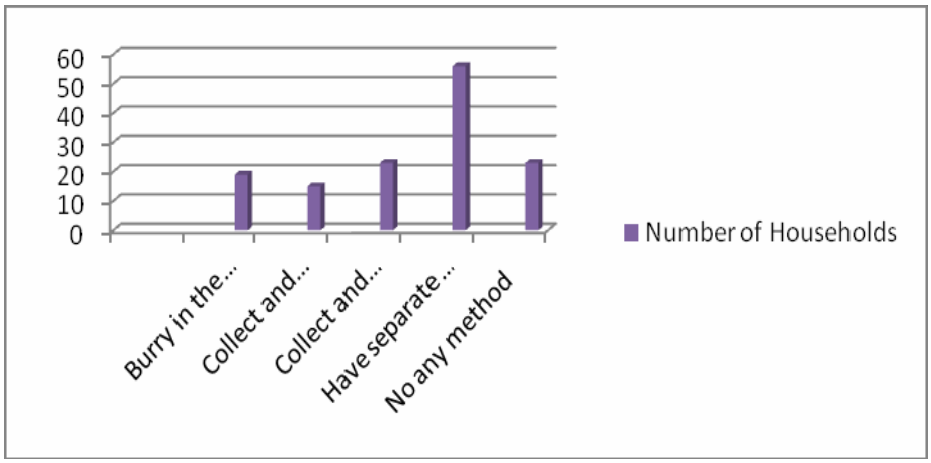
**Fig 8: Número de hogares que comparten la misma letrina:**




Una pequeña proporción de los hogares sin letrinas las comparte con de 2 a 5 hogares que disponen de éstas. Estas son trascendentales en los cuatro payams. Esto es representativo de una realidad

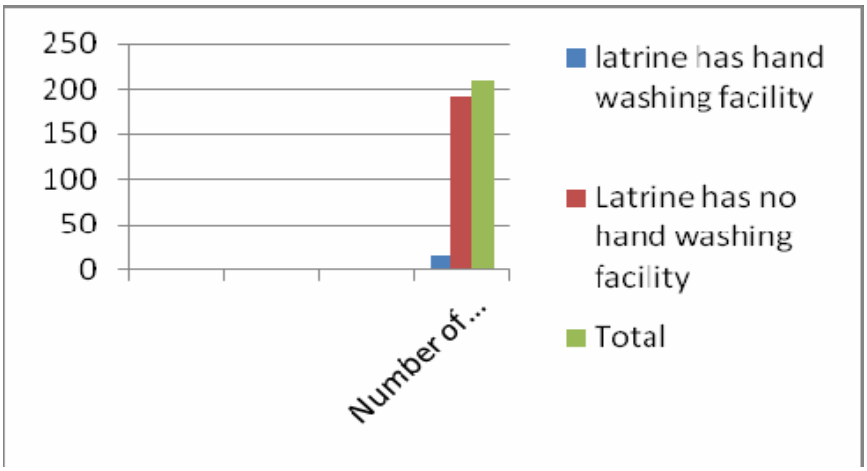
menor ya que el porcentaje de hogares que comparte letrinas es muy bajo. Del 47,7% de los hogares que no disponen de letrinas, el 19% las comparte con los vecinos mientras que el 81% restante acude a los matorrales (defecación al aire libre) tal y como se muestra arriba.

**Fig 9: Método de eliminación de deposiciones infantiles en el hogar**




El gráfico revela que la mayoría de los hogares dispone de instalaciones de letrinas separadas para el entierro de las deposiciones infantiles (41%), o para lavarlas en la letrina (11%).Ambos son métodos adecuados y recomendados de eliminación fecal. Algunos hogares (17%) optan por el poco higiénico método de deshacerse de las heces en los matorrales de los alrededores. El 14% entierra las deposiciones en el suelo mientras que un 17% se deshace de las mismas indiscriminadamente. El gráfico indica claramente que muchos hogares saben cómo eliminar adecuadamente los residuos fecales humanos y esto ha de atribuirse a la labor de los promotores de higiene.

**Fig 10: Prácticas de lavado de manos en el hogar**

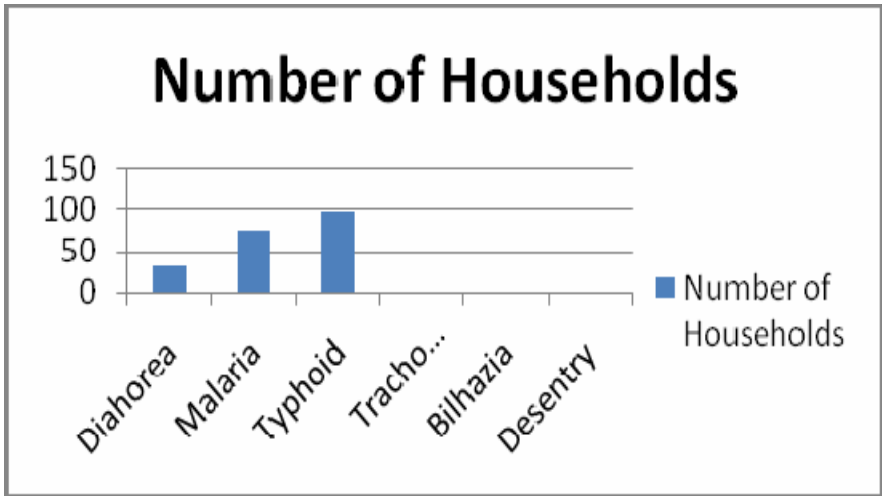



El gráfico muestra las prácticas de lavado de manos (antes de comer, después del uso de la letrina, y después de eliminar las deposiciones de niños menores de 5 años).La práctica exige el lavado de manos con jabón o cenizas. Los hogares que disponen de lavamanos emplean palanganas con cinta/tape. El 92% de los hogares no disponen de lavamanos y sólo un 8% dispone de éstos. Se observó igualmente que los hogares que no practican el lavado de manos después de usar la letrina

presentan un índice de diarrea mínimo de un caso al mes. Por tanto existe un vínculo directo entre el lavado de manos y los brotes de enfermedades diarreicas en las comunidades.

Aunque muchos hogares conocen las prácticas de higiene adecuadas en la práctica este aspecto todavía representa un reto importante. Existe una necesidad de concentrarse en el cambio de actitud de la gente a través de la educación sanitaria con el fin de influenciar sus hábitos de forma positiva.

**Gráfico 11: Enfermedades relacionadas con el saneamiento en el hogar**

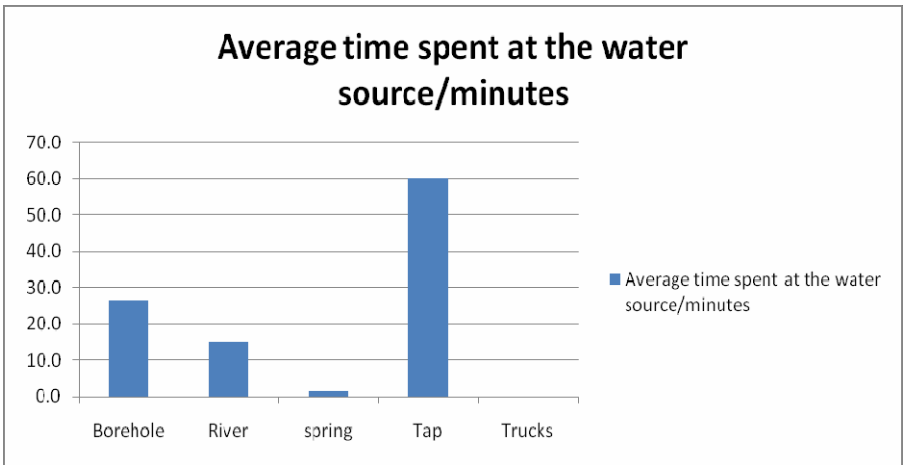



El gráfico demuestra que en su mayoría son casos de tifoidea (46,7%), seguida por la malaria (35,8%) y la diarrea (15,1%).

El Tracoma, esquistosomasis y disentería no son una gran amenaza para la comunidad. El alto predominio de tifoidea pudo atribuirse a las malas condiciones de almacenaje de agua en bidones de plástico, que no se limpian regularmente o a los que no se aplica el tratamiento adecuado. El elevado número de casos de malaria se debe a malas condiciones del entorno como el estancamiento de aguas, hogares rodeados de matorrales, y es mayor en los hogares que no usan mosquiteras. Los casos de tracoma son menores porque en los hogares se usa la cantidad suficiente de agua para lavar y bañarse y los casos de esquistosomasis son muy pocos gracias a la intervención del ministerio de sanidad para erradicar esta enfermedad.

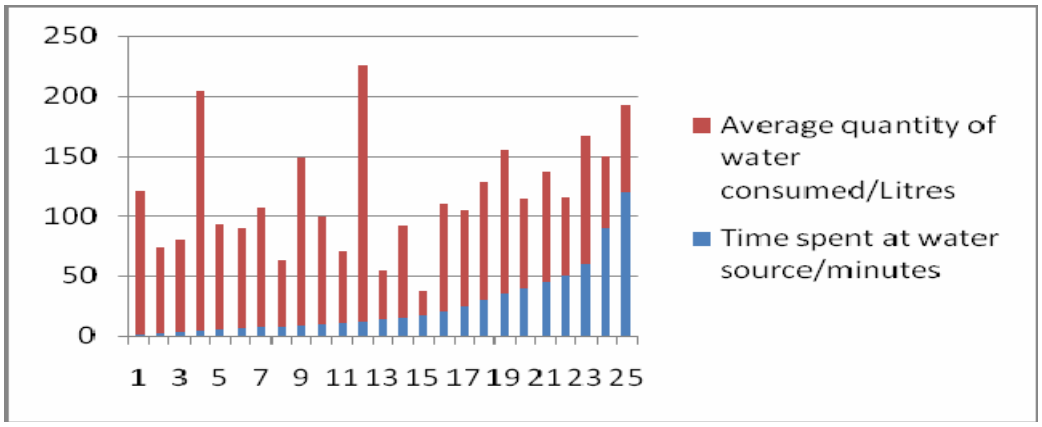
**Tabulación cruzada – tipo de agua, tiempo y fuente**

**Fig 12: Tiempo de recogida de agua frente al tipo de fuente de agua**




La tabulación cruzada examina que los miembros de las comunidades caminaron más para recoger el agua en las fuentes reformadas. El promedio de tiempo necesario para recoger agua es menor en las fuentes sin reformar que en las fuentes reformadas. El estándar de tiempo de SPHERE para la recogida de agua en fuentes reformadas es de 15 minutos tal y como recomienda la OMS (2004). Por tanto le queda mucho trabajo por hacer al gobierno y a sus socios en materia de desarrollo con respecto a la cobertura de fuentes de agua reformadas en el condado de Juba.

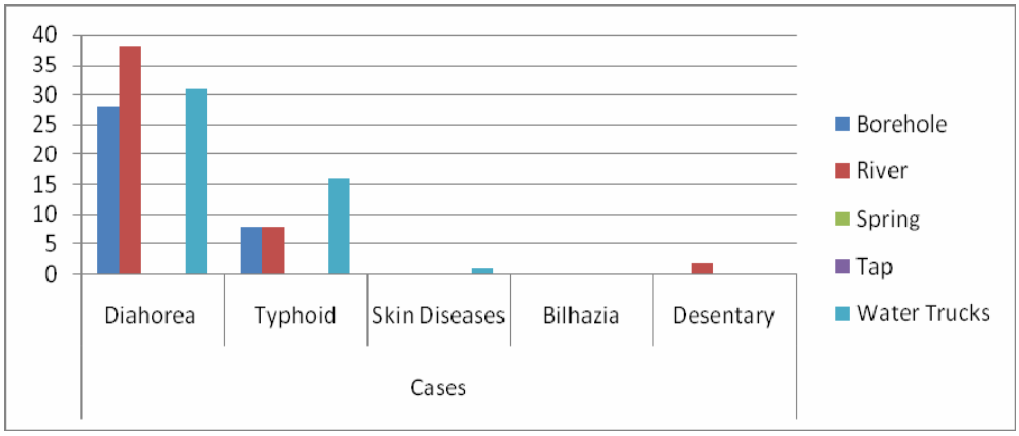
**Fig 13: Consumo de agua frente al tiempo de recogida de agua**




Aunque con respecto a algunos hogares se observan ciertas excepciones, el gráfico revela que en términos generales el promedio de cantidad de consumo de agua en litros es inversamente proporcional al tiempo empleado en recoger el agua. Los hogares que emplean menos tiempo en las fuentes de agua consumen cantidades mayores de agua que los que emplean demasiado tiempo en las fuentes de agua. Esto se debe a que la accesibilidad les permite consumir la cantidad de agua que desean. El caluroso clima de Juba contribuyó en gran medida a la cantidad de consumo de agua diario por hogar.

**Tabulación cruzada – Saneamiento e higiene**

**Fig 14: Contracción de enfermedades relacionadas con el saneamiento frente a la fuente de agua**




**Diarrea:** Se preguntó en cada hogar encuestado cuantos días contrajeron enfermedades relacionados con el saneamiento durante los últimos seis (6) meses. Las enfermedades relacionadas con el saneamiento se explicaron dando ejemplos de diarrea, tifoidea, enfermedades dermatológicas, disentería y esquistosomiasis.

Según los resultados, tal como muestra el gráfico, el agua de río contribuía al 39,2% de los casos de diarrea, el 32% de los casos de diarrea se relacionó con los camiones cisterna mientras que el 28,8% de los hogares afirmó que el pozo era responsable de la diarrea.

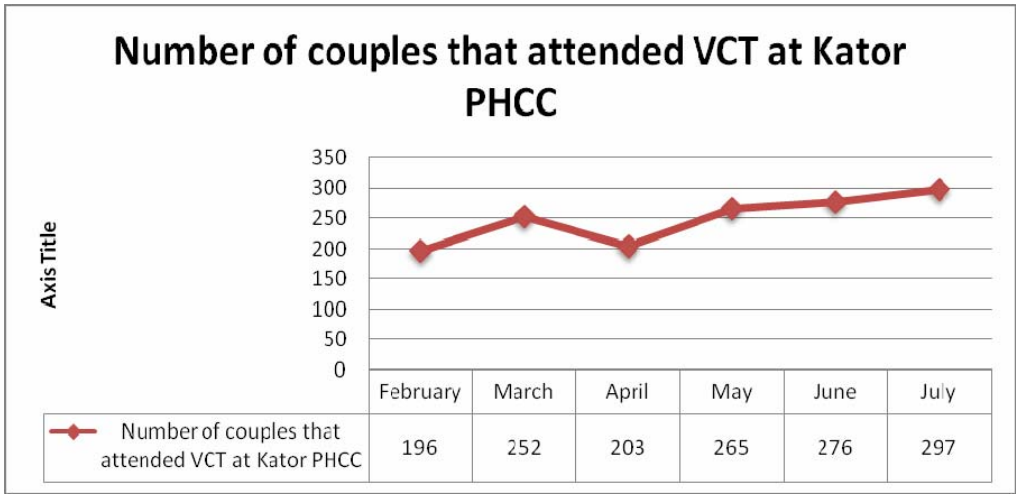
**Tifoidea:** De los hogares a los que se preguntó acerca de la tifoidea, el 50% dijeron que el agua del camión cisterna era la responsable mientras que el otro 50% respondió que la tifoidea la causaba una combinación del agua del río y la de los pozos.

**Disentería:** Sin embargo, todos los casos de disentería se asociaron al agua del río y no se alertó de caso alguno de esquistosomiasis.

El principal motivo de este resultado podría deberse al hecho de que la encuesta se llevo a cabo en julio y agosto, lo que significa que los seis (6) meses anteriores coincidían todos con la época de lluvias, por tanto los resultados podrían haber variado de haberse realizado la encuesta en febrero.

**Objetivo tres (3):**

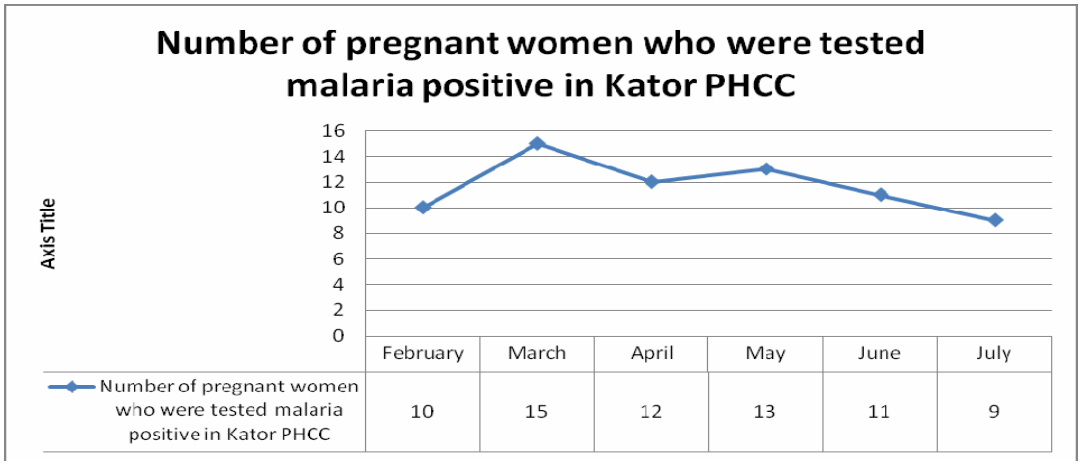
**Fig 15: Número de parejas sometidas a VCT en el PHCC de Kator**




La tendencia en el gráfico anterior muestra un ligero incremento en términos de sometimiento de parejas a pruebas voluntarias y servicios de orientación entre los meses de febrero a julio de 2012 en el centro de salud de Kator. La tendencia positiva del gráfico puede explicarse en términos de impacto de concienciación de educación sanitaria tanto en centros de salud como en comunidades. El gráfico ilustra igualmente que la concienciación en educación sanitaria tuvo una gran importancia en el cambio de actitud de la gente y en la demanda de asistencia sanitaria, hechos que transformará la calidad de vida de la comunidad.

**NOTA:** El PHCC de Kator era el único centro de entre todos los centros seleccionados que presta servicios VCT.

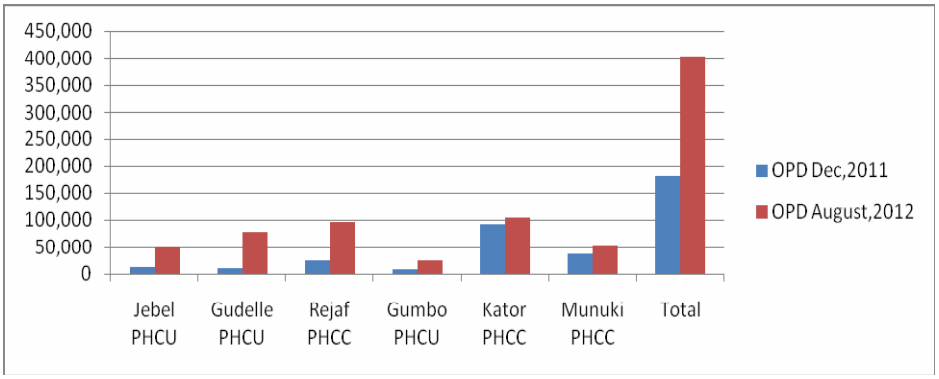
**Fig 16: Número de madres embarazadas que dieron positivo en la prueba de malaria**




El gráfico ilustra el número de madres embarazadas que dieron positivo en la prueba de malaria en el PHCC de Kator. Durante los meses de febrero y marzo la incidencia de malaria pareció haber incrementado sólo porque aumentó el número de madres que atendía a los servicios de atención

sanitaria, lo cual demuestra que han mejorado los hábitos de solicitud de atención sanitaria. De marzo a julio se observa una bajada que revela el menor número de madres que dieron positivo en malaria cada mes. Ello podría atribuirse a la eficacia de la educación sanitaria y al uso de LLIN a nivel doméstico.

**Fig 17: Centros de salud frente a la asistencia OPD**




El gráfico demuestra un incremento continuado en asistencia del paciente al centro de salud desde diciembre de 2011 a agosto de 2012. Este crecimiento regular puede explicarse en términos de relación entre paciente y personal y por la presencia de personal sanitario cualificado, junto con la formación que permitió la prestación de servicios de calidad que satisficiesen las expectativas de los pacientes. El gráfico indica que la demanda de asistencia sanitaria se ha incrementado ligeramente.

## 4.0 Discusión y conclusión de los resultados

La idoneidad de la Evaluación de Final de Proyecto puede analizarse en términos de las necesidades actuales de los beneficiarios seleccionados tal y como se determinaron durante la encuesta de referencia. Estas necesidades se especifican con respecto a sus objetivos relativos como sigue:

**Objetivo 1: Mejorar los servicios e infraestructura de atención sanitaria primaria en el condado de Juba.**

**Construcción y equipamiento de 2 PHCU:**

El proyecto construyó tres (3) centros para la gestión de enfermedades comunes en las comunidades del condado de Juba. Los 3 centros de salud de Jebel, Gudele y Kansuk estaban adecuadamente equipados y contaban con los equipos médicos básicos y, aunque la PHCU de Kansuk no está operativa está previsto que lo esté tan pronto como regrese el personal que se envío a recibir formación. La PHCU de Kansuk se construyó con cofinanciación. La comunidad y el payam aportaron 24.000 SSP en concepto de materiales locales y AMREF aporto el resto de fondos para la construcción.

Éste representa uno de los ejemplos más satisfactorios del proyecto. Las autoridades del payam de Munuki proporcionaron a las PHCU de Jebel y Gudele paneles solares y generadores para obtener energía para la cadena de frio y los servicios de laboratorio, así como para la luz necesaria para hacer frente a las emergencias nocturnas. Este aspecto refleja claramente el sentido de responsabilidad y sostenibilidad con respecto a las PHCU. En todo caso, en el momento de la encuesta se registraron algunas quejas comunitarias, concretamente respecto a la PHCU de Gudele. Uno de los miembros del equipo de gestión sanitaria explicó que los trabajadores de la salud no llegan puntuales y los pacientes vienen y se van sin ser atendidos y de ahí se explica la mala relación entre personal y paciente en el centro.

**Recomendación**

Las autoridades condales deben movilizar fondos para la adquisición y distribución adecuadas de medicamentos y equipos a todos los centros de salud.

El MOH-CES debería contratar al personal sanitario de la PHCU de Kansuk con carácter urgente ya que los miembros de la comunidad tienen que recorrer una distancia de más de 28 km para acceder a los servicios médicos de Juba.

Se debería dotar a las PHCU/PHCC de equipos de comunicación, para que en caso de complicaciones se puedan coordinar fácilmente las remisiones a otros centros.

El SMOH-CES debería supervisar regularmente estos centros para garantizar que se presten servicios de calidad a las comunidades y el ministerio debería ocuparse de la PHCU de Gudele para asegurarse de que se resuelvan las diferencias en dicho centro.

**Rehabilitación de 4 PHCU en las áreas del proyecto**

Los centros de salud cuya renovación se propuso eran:

- La PHCU de Kator, estaba inhabilitada dada su cercanía al PHCC de Kator.
- El PHCC de Kolye está en ruinas y requiere de nueva construcción.
- De la PHCU de Kansuk no quedaba nada en el suelo.

De las reformas proyectadas respecto a cuatro (4) PHCU no se llevó a cabo ninguna, y conforme a la documentación del proyecto, las PHCU que según las autoridades de payam requerían rehabilitarse, exigían nueva construcción completa .Se había proyectado la rehabilitación de la PHCU de Kansuk pero en vez de ello se construyó una nueva.

***Relato de cómo se construyó la nueva PHCU de Kansuk***

*Todo comenzó con un grupo de miembros de la comunidad que viajaron desde Kansuk hasta el SMOH-CES para reunirse con el Director del PHCP con un informe que establecía que la comunidad de Kansuk ha construido una PHCU permanente que requiere renovación, mobiliario,*

*equipos, personal y medicamentos para poder empezar a prestar servicios sanitarios. El director del PHCP mantuvo una reunión con AMREF en la que habló de este informe que había presentado la comunidad de Kansuk. En la reunión se acordó que el director delegado del PHCP y el director del proyecto de PHC/WATSAN del Proyecto de Juba, irían a Kansuk para comprobar los hechos.*

*El equipo llegó a Kansuk, a unos 28 km de Juba ciudad, en Rejaf Este. Una vez allí no consiguieron ubicar el centro de salud en cuestión. Sin embargo, tuvieron suerte de encontrarse con la comunidad, que al ver el vehículo del equipo, se concentró en su centro local. El equipo se presentó inmediatamente y se inició la interacción con los miembros de la comunidad. Durante la conversación el equipo se percató de que no había centro alguno que renovar ya que nunca existió. En ese momento el jefe no estaba alrededor y la comunidad solicitó un encuentro con el jefe y una vez el equipo se reunió con el jefe y éste escuchó el motivo de su visita, el jefe quedó sorprendido de que algunos miembros de su aldea se hubiesen presentado al SMOH-CES con información falsa. El jefe del proyecto explicó que el proyecto sólo podía financiar la renovación pero no la construcción. Sin embargo, el jefe insistió que no se transfiriese el fondo para la renovación a otra actividad o a otro lugar y que quedase en la aldea. Además afirmó que la comunidad y la administración del payam, tras varias reuniones con aportaciones durante cada encuentro tanto económicas como en concepto de piedra y arena, disponían de los medios adicionales para la nueva construcción de la PHCU. En la fase final de las negociaciones quedó patente que los miembros de la comunidad iban en serio, y fruto de ello la autoridad del payam aceptó con la contribución de algo de capital y un camión para el transporte de arena y piedras. Fue durante esta etapa cuando tanto AMREF Sudán del Sur como la administración del payam redactaron sendas cartas de compromiso. El total de la aportación comunitaria ascendía a 24.000 SSP.Y así fue como se construyó la PHCU de Kansuk.*

***Recomendación;***

El SMPH-CES debería seguir realizando una evaluación continua de los centros de salud y de los centros establecidos que requieren reformas.

**Equipamiento de los centros rehabilitados**

AMREF equipó cuatro (4) PHCU con mobiliario básico para la prestación eficiente de servicios. Se proporcionó mobiliario a los siguientes centros de salud: PHCU de Jebel, Gudele, Jondoru y Kansuk. Todos los equipos se conservan en buen estado. En todo caso, se construyeron tres nuevos centros, mientras que uno de ellos ni se construyó ni se reformó.

**Recomendación:** Debería ponerse operativa la PHCU con el fin de hacer uso del mobiliario disponible que aportó el proyecto ya que de lo contrario éste se deteriorará fácilmente.

**Objetivo 2: Incrementar el acceso a agua potable e infraestructuras de saneamiento y la concienciación de higiene en el condado de Juba**

La encuesta revela que el 33,7% de la población en los cuatro (4) payams disfruta actualmente de una fuente de agua mejorada. Este resultado se basa sobre la población total del área del proyecto, que se estima en 105.864 habitantes, de los que 35.676 disfrutan de una fuente de agua mejorada, quedando alrededor de 70.188 habitantes sin acceso a agua limpia.

Si este proyecto consigue su objetivo de proporcionar a un 25% adicional de habitantes el acceso a agua potable, el porcentaje de población dentro del área del proyecto con acceso a una fuente de agua mejorada pasaría del actual 33,7% a un 58,7%. Ello posicionaría el área del proyecto más cerca del objetivo ODM para 2015 de un 65%.

La información obtenida de la encuesta en los puntos de agua demuestra que un 40% de las fuentes mejoradas no están actualmente operativas. Esto quiere decir que 4 de los 10 pozos necesitan reparaciones. Existe además la necesidad de que el departamento del Ministerio de Aguas y Saneamiento Rurales rehabilite casi todas las fuentes mejoradas de agua no operativas en los cuatro (4) payams. De los 10 pozos perforados por el proyecto sólo uno cuenta con un comité de agua en funcionamiento. Esto pudo observarse en la ubicación de los pozos. Las fuentes de agua con comités operativos conservan limpio y cercado el área adyacente a los pozos, mientras que donde no existen comités operativos los pozos están rodeados de maleza, no están cercados, y no se reparan en caso de avería. Así que sólo uno de los pozos cuenta con un comité operativo cualificado y el resto de pozos o bien cuenta con comités del agua no cualificados o éstos desconocen sus verdaderas funciones. Uno de los métodos empleados para mantener la operatividad del pozo consiste en el pago mensual por parte de cada hogar para costear los servicios de mantenimiento preventivos que supuestamente tienen que prestar los mecánicos de bomba formados en este proyecto. En Rejaf uno de los miembros del comité del agua a quien se entrevistó explicaba que él era «uno de los miembros del comité del agua, pero éste no está operativo ya que ni siquiera se organizan reuniones», además afirmó que «cuando se creó el comité éste tuvo un buen comienzo, sin embargo se malversaron los fondos destinados al mantenimiento del pozo y ello provocó la reticencia por parte de los usuarios a pagar».

La encuesta reveló que, aunque se formó a mecánicos de bomba en todos los payams el número no era suficiente para dar cobertura a los cuatro payams. Lo más sorprendente es que el proyecto formó a cuatro (4) mecánicas de bomba que actualmente están en activo. Las mujeres desempeñan un papel fundamental en las actividades de saneamiento a nivel doméstico y comunitario y están mejor preparadas para gestionar las fuentes de agua que sus homólogos varones.

Alrededor del 60% de los hogares muestreados depuran de algún modo el agua con lejía/cloro

aunque algunos miembros de los hogares se quejan del mal sabor del cloro. En total se perforaron todos los pozos programados, sin embargo, sólo se perforaron 2 de los 5 previstos para centros de salud y se perforaron ocho en vez de los cinco que estaban previstos para escuelas/comunidades. Se observó que dos pozos con destino escolar se perforaron en la comunidad. Es decir, el que estaba previsto para la escuela básica All Saints de Rejaf pasó a la comunidad ya que la insuficiencia de la capa freática imposibilitó el éxito de la perforación. En Gudele el pozo de la escuela primaria de la African Inland Church en Gudele se excavó en el bloque 5 de Gudele porque el pozo de la escuela estaba seco. El pozo del bloque 7 se encontraba en la ubicación en que AMREF pretendía construir la PHCU, pero cuando el SMOH observó la cercanía del bloque 7 al PHCC de Kimu, se pidió a AMREF que lo hicieran en el bloque 4.

**Saneamiento**

La cobertura de saneamiento en los cuatro payams es de un 52,3%, y por tanto no alcanza los estándares SPHERE para instalaciones mejoradas. Esto significa que un 47,7% o bien defeca al aire libre o comparte las letrinas con sus vecinos. De las cinco letrinas previstas para su instalación en las PHCU se instalaron tres, es decir un 60%. En las escuelas se instalaron sólo dos y tres se instalaron en las comunidades.

Aunque muchos hogares contaban con letrinas de tipo tradicional, sólo un 8% de los hogares con letrina practica el lavado de manos, lo que supone que ese mayor porcentaje de hogares que no práctica el lavado de manos es más propenso a enfermedades relacionadas con el saneamiento como la diarrea e infestación parasitaria. Se observó además que del 47,7% de los hogares que no disponen de letrinas, el 19% las comparte con los vecinos mientras que el 81% restante acude a los matorrales (defecación al aire libre).Esto demuestra que la educación sanitaria no ha transformado todavía los hábitos de algunos hogares.

En cualquier caso, en todas las escuelas que se visitaron se practica el lavado de manos tras el uso de las letrinas y se observó que mantienen la limpieza del entorno y tiran la basura a la fosa.

Conforme a la encuesta la cobertura de letrinas en Gondokoro ésta equivale al 10,5%.Se concluyó que los educadores pares y los comités de gestión sanitaria están desarrollando una gran labor alentando a los hogares a instalar letrinas de fosa. Según los comités de gestión del agua y los educadores pares, gracias a sus iniciativas consiguieron convencer a 34 hogares a instalar letrinas de fosa y la Dirección de Aguas y Desarrollo del Saneamiento Rurales proporcionó las losas. Esto supuso en Gondokoro una cobertura total de letrinas del 8,9%.En todo caso, queda por delante mucha labor de sensibilización para alentar a todos los hogares a disponer de letrina de fosa.

**Recomendación:**

Para conseguir el máximo impacto el siguiente proyecto tendrá que enfocarse en el fortalecimiento de los comités de gestión del agua y educadores pares de Gondokoro con el fin de mantener la continuidad de los avances incluso en caso de carecer en el fututo de apoyo externo.

La DRWSD debería prestar apoyo igualmente a los clubs WASH y a los promotores de higiene para que se lleven a cabo en escuelas y comunidades actividades de promoción de higiene eficaces.

Para aquellos hogares sin letrinas la combinación de obligatoriedad y sensibilización debería considerarse prioritaria, y para los hogares con letrina deberá insistirse en la continuidad del planteamiento de educación sanitaria. Se recomienda además incrementar la educación sanitaria respecto al uso de letrinas ya que la mayoría de ellas presenta un aspecto inaceptable.

Existe también la necesidad de formar a más mecánicos de bomba para dar cobertura a los cuatro payams.

Los alumnos pidieron a AMREF que les proporcionase tanques para la recolección de agua de lluvia para que puedan beber agua limpia. En todo caso esta recomendación debería dirigirse al departamento adecuado para que se haga cargo de ello. Imponer educación sanitaria adecuada a la comunidad respecto a las prácticas de higiene adecuadas con la prescripción de un umbral claramente identificado a nivel doméstico. Todos los participantes deberían contar con el mismo planteamiento a la hora de transmitir información en materia de higiene y saneamiento.

**Objetivo 3: incrementar la concienciación de prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades como la malaria en el condado de Juba.**

Se ha producido un ligero incremento en la demanda de atención sanitaria entre los miembros de la comunidad. Evidencia de ello la dan los registros OPD en todos los centros, el número de hogares que usan las LLIN correctamente y el número de parejas que se someten a los servicios de pruebas y orientación voluntarias. Los promotores de salud comunitarios (educadores pares)/comités de gestión del agua suponen estructuras que al inicio del proyecto no estaban operativas en los áreas del proyecto en la República de Sudán del Sur (RSS). Tras una intensiva formación, los educadores pares han supuesto un cambio clave, especialmente en Gondokoro, donde han mejorado los hábitos de saneamiento con respecto al uso de letrinas.

Para conseguir el objetivo de incrementar la concienciación en la prevención del VIH/SIDA y de la malaria AMREF ha distribuido 36 bicicletas entre los educadores pares y los mecánicos de bomba para facilitarles el desempeño de sus actividades comunitarias y compartir información con el personal de los centros de salud y las autoridades de payams. El papel de los educadores pares en la estructura gubernamental inferior es claro: movilizar a la comunidad a participar en actividades de desarrollo de la comunidad a nivel de payam. Ejemplos de estas actividades son los programas EPI,

las sesiones de educación sanitaria y la participación en el cuidado de los niños. Gracias a ellos se compilan un perfil comunitario de, por ejemplo, el número de fuentes de agua en una aldea y su población y se recopilan resultados a efectos de planificación del payam.

Cada payam en el área del proyecto cuenta con un plan de desarrollo actualizado y cada payam cuenta con un perfil comunitario denominado Comité de Concejo de Distrito (Comités de Gestión Sanitaria de Payam, Equipo de Gestión de Centros). Estas estructuras se crearon para trabajar en una red que garantice el conocimiento por parte de las comunidades de los programas de salud en curso en sus payams. Sin embargo, estas estructuras no son aún lo suficientemente sólidas ya que se han creado recientemente y requieren un apoyo continuado en términos de formación y supervisión.

**Recomendación:**

El SMOH, CES debería movilizar sus recursos para motivar a los trabajadores sanitarios comunitarios (educadores pares) de forma que no se rompa el vínculo entre la comunidad y los centros de salud, así como organizar reuniones de coordinación regulares para evitar dar pasos atrás.

Debería organizarse una formación de perfeccionamiento a los educadores pares que les de moral para que puedan cumplir con sus responsabilidades eficazmente.

**Objetivo 4: Fortalecer la capacidad de gestión y de prestación de servicio del GOSS/MOH, autoridades locales, trabajadores sanitarios y miembros de la comunidad para continuar con los objetivos en sanidad primaria más allá de la duración del proyecto.**

El proyecto ha incrementado la prestación de servicios de atención sanitaria primaria en los cuatro (4) payams del condado de Juba donde se han fortalecido las capacidades de coordinación, seguimiento y evaluación del Ministerio de Sanidad Estatal (SMOH).Este proyecto concedió una subvención de 13.292 SDG a la CAWASH para implementar actividades relacionadas con la promoción de higiene y saneamiento. La subvención ayudó a financiar los costes asociados a la creación de los clubs WASH, formaciones y actividades de seguimiento. El proyecto facilitó el seguimiento trimestral conjunto gracias a las visitas conjuntas con miembros del SMOH para obtener y analizar información de campo. El planteamiento participativo de AMREF ha alentado y mejorado el seguimiento de base comunitaria y ha permitido que las comunidades puedan gestionar sus propios centros de salud.

Los Comités de Gestión Sanitaria mantienen reuniones rutinarias trimestralmente para coordinar la prestación eficaz de servicios.

El proyectó aportó formación, apoyo técnico y supervisión así como apoyo de seguimiento y evaluación al personal de los centros de salud. El proyecto aportó 18 miembros de personal de unidades de salud de 14 centros. El personal recibió formación en atención a pacientes, gestión y

diagnóstico de laboratorio básico. Se ha observado que gracias a ello ha incrementado la moral y capacidad de gestión del personal sanitario. La formación potenció igualmente el vínculo entre los centros de salud y los trabajadores de salud comunitarios, que representan el nexo entre la comunidad y los centros de salud. Este planteamiento ha fortalecido la planificación sanitaria y ha incrementado el número de habitantes que hace uso de los servicios. Fue gracias a estas sesiones de formación por lo que emergieron organizaciones de base comunitaria como la CAWASH. La CAWASH ejerció una gran labor en comunidades y escuelas. Se encargaron de la educación sanitaria en las comunidades y crearon los clubs WASH en las escuelas, que según el parecer de las autoridades de payam habían mejorado espectacularmente. El reto al que se enfrenta la operatividad de la CAWASH es la falta de fondos para continuar con sus actividades, sin embargo existe un acuerdo latente con UNICEF para que les preste apoyo económico. En todo caso, el aspecto que la formación no enfocó adecuadamente en los centros y con los trabajadores de la salud comunitarios fue el mantenimiento adecuado de registros, que se identificó en el momento de la encuesta como un aspecto importante a resolver.

**Recomendación**:

Existe una necesidad de continuar con la formación de perfeccionamiento para el personal de los centros de salud y de asegurarse de incluir nuevos programas en las formaciones, que incluyan especialmente materia en habilidades de comunicación y gestión de registros. El presupuesto de formación debería ocuparse del intercambio de visitas a los mejores centros de salud para que la formación sea verdaderamente efectiva.

## ESTRATO DE CONTROL

La encuesta de control se realizó en Gureyi, donde AMREF no había intervenido con el programa PHC/WATSAN. Se utilizó a otra ONG que estaba implementando actividades similares en la zona para ejercer una comparación. El motivo de que se optase por Gureyi como estrato de control fue su cercanía con las áreas de intervención de AMREF así como su ubicación dentro del condado de Juba. Se encuestó y entrevistó a un total de 20 hogares con los mismos cuestionarios para determinar si la comunidad en el área de control disfruta del acceso a la prestación de los mismos servicios de salud e instalaciones de agua y saneamiento que aquellos AMREF proporcionó en los cuatro payams o si se produjo una externalidad positiva (propagación positiva de los resultados del proyecto en el área de intervención). El estudio de control nos aportó información básica para ejercer una comparativa.

### Observaciones del estrato de control

El porcentaje de hogares con acceso a los servicios de salud de las PHCU era de tan sólo un 35% y explicaron que recibían los servicios sanitarios en la PHCU de Gureyi.

El porcentaje de hogares muestreados que usan LLIN equivalía a un 50%, en todo caso, los hogares

obtuvieron las LLIN del mercado y la encuesta no establecía el porcentaje de uso de LLIN entre los hogares que disponían de éstas.

Sólo un 20% de los hogares dentro del área de control disponía de acceso a agua potable desde una fuente mejorada, es decir, de un pozo, y el 80% restante compraba el agua en los depósitos de agua. De los hogares muestreados un 50% depuraba el agua con cloro antes de su ingesta.

La encuesta reveló igualmente que la cobertura de letrinas en el área de control era de un 35% y en el momento de la encuesta no existía programa de educación sanitaria en curso alguno.

**Comparación**

El análisis y comparativa entre los dos (2) áreas de estudio ilustraba claramente diferencias significativas en los resultados. Por ejemplo, al considerar los servicios de atención sanitara en el área de control y en el área del proyecto, se pudo observar que mientras que en el área de control el acceso a servicios de salud es de un 35% en los cuatro (4) payams asciende a un 69%, y el porcentaje de hogares con LLIN era de un 50% en comparación con el 15% en los payams del proyecto. Por otra parte el acceso a sistemas de agua mejorados equivalía a un 20% en el área de control y a un 33,7% en los cuatro áreas del proyecto.

Además, la cobertura de letrinas resultó ser de un 35% en comparación con el 52,3% en el área del proyecto. En el área de control no se impartían sesiones de educación sanitaria y ninguno de los hogares entrevistados había recibido jamás educación sanitaria en materia de malaria, VIH/SIDA y otras enfermedades relativas al saneamiento, sin embrago esta cobertura era de un 17,6% en el área del proyecto.

**Conclusión**

En términos generales. La prestación de servicios en el área del proyecto era mucho mejor que en el área de control donde los servicios de atención sanitaria primaria directamente no se habían implementado. Esto demuestra claramente que la intervención de AMREF ha aportado cambios positivos en las comunidades seleccionadas. El elevado grado de cobertura en servicios de atención sanitaria dentro del área del proyecto podría atribuirse a los educadores pares y a la motivación, en términos de formación al personal de los centros de salud, de prestar servicios de calidad. El área de control muestreado no disponía de trabajadores de la salud comunitarios operativos, y esto podría ser un motivo del escaso uso del servicio.

## 5.0 VALORACIÓN DE LA RELEVANCIA, EFECTIVIDAD, EFICIENCIA E IMPACTO DEL PROYECTO.

### Relevancia

El diseño del proyecto consiguió cubrir las necesidades primarias de los beneficiarios en base al hecho de que el condado de Juba exige una necesidad urgente de servicios sanitarios. Las comunidades, y concretamente las madres, tenían que recorrer distancias de entre 3 a 4 kilómetros para acceder a los centros de salud más cercanos cargando con sus niños a sus espaldas. La presentación de este proyecto tuvo una calurosa acogida por parte de las comunidades y autoridades locales porque lo entendieron como la única posibilidad que acortaría la distancia respecto a los centros de salud. La construcción de los centros de salud había mejorado la cobertura en términos de población atendida en las áreas del proyecto y los registros de los centros de salud indican que se ha producido un incremento constante en la asistencia OPD y por tanto el proyecto ha supuesto un acercamiento de los servicios a los beneficiarios directos. El proyectó además fortaleció la capacidad de seguimiento y evaluación de los comités de gestión de la salud y del personal de los centros de salud. El proyecto abordó los problemas más urgentes y persistentes en las comunidades como la insuficiencia de sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento en los cuatro payams, que se consideraban los peores de todo el condado de Juba. La parte más interesante del proyecto fue la construcción de la PHCU de Kansuk ya que se hizo realidad gracias a la demanda comunitaria de una PHCU. El proyecto propuso la rehabilitación de la unidad de salud de Kansuk cuando se comprobó la rapidez con que la comunidad aportó capital y materiales de construcción, y como consultó a AMREF Sudán del Sur a través del Ministerio de Sanidad Estatal para la construcción de un nuevo centro, cuya obra ya ha concluido.

El 80% de los servicios que este proyecto ha puesto en marcha están operativos. Se ha aprovisionado a los centros de salud construidos con medicamentos esenciales y reactivos de laboratorio, y se han perforado pozos. Pese a que no todos los comités de agua y saneamiento están funcionando, las letrinas instaladas en los centros de salud se usan adecuadamente y aquellas instaladas en las escuelas se conservan en buen estado.

El proyecto creó y formó estructuras comunitarias en colaboración con el SMOH y la Dirección de Aguas y Desarrollo del Saneamiento Rurales para mantener la operatividad de las instalaciones. La contribución de AMREF Sudán del Sur en la prestación de servicios de salud en el condado de Juba sigue siendo esencial y sería aconsejable que AMREF ampliase esta intervención a otros payams que no disfrutan directamente de este tipo de servicios.

En el payam de Gondokoro se perforaron 2 pozos en tierra firme pero la comunidad se encuentra en la isla lo que significa que estos pozos no asisten a las comunidades destinatarias. La realidad es que

existen acuerdos en curso para que la comunidad se traslade a tierra firme y es por ello que los miembros de la comunidad, ancianos y líderes acordaron y pidieron a AMREF que perforase los pozos en la escuela primaria de Kangu y en la ubicación elegida para el PHCC de Gondokoro. Durante las conversaciones con las comunidades isleñas no existía plan inminente alguno de trasladarse a tierra firme a menos de que se pusieran en marcha los servicios necesarios, como centros de salud y carreteras, especialmente durante la época de lluvias.

**Efectividad:**

El entusiasmo había crecido rápidamente entre los miembros de la comunidad y autoridades locales ya que los servicios PHC y las instalaciones de agua y saneamiento aceleraron el progreso de reducción de la trágica mortalidad infantil en las áreas del proyecto por causas prevenibles o afecciones tratables. Por tanto la implementación de este proyecto fue oportuna. Las esferas de actividad del proyecto que se centraron en la ampliación de cobertura de servicios de salud, fomento de instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento, prevención de transmisiones de madre aniño y fortalecimiento de estructuras comunitaria, habían dado los resultados adecuados dentro del presupuesto previsto. Las intervenciones tuvieron un efecto positivo en la mejora de la salud infantil junto con la salud maternal y los beneficios del proyecto fueron más allá de la salud infantil. Con la potenciación participativa materna y la educación en salud materna e infantil el proyectó demostró un planteamiento integrado de implementación de la PHC de modo efectivo y asequible. Mediante la asociación y establecimiento de redes con UNICEF, PSI y el Hospital Universitario de Juba este proyecto consiguió sus objetivos con el presupuesto establecido y en general los beneficiarios se vieron satisfechos con los resultados del proyecto. Esto se pudo observar durante las entrevistas que se mantuvieron con los centros de salud, autoridades locales y los hogares. El proyecto además llevó a cabo actividades no previstas como la aportación de 6 bicicletas adicionales y la formación a 36 miembros de comités WASH en vez de los 15 que estaban previstos. Sin embargo, no se llevaron a cabo algunas actividades programadas pese a contar con presupuesto para ello. La renovación de 3 PHCU no se produjo una vez verificado sobre el terreno que no había centros de salud que renovar. *«El presupuesto para renovaciones no hubiese podido hacer frente a la rehabilitación de más de una única PHCU en el caso de haber existido centros de salud que requiriesen reforma. En todo caso los fondos para renovación no se mal administraron. Los fondos previstos para renovación se destinaron a la construcción en Kansuk».*

**Eficiencia:**

A través de este proyecto AMREF Sudán del Sur apoyó la prestación de servicios PHC en áreas rurales durante los dos últimos años, y además creó la capacidad a escala de gobierno local para dar cobertura de servicios de alta calidad a las zonas rurales desfavorecidas, en concreto a mujeres y

niños, en colaboración con el Ministerio de Sanidad Estatal. La estrategia nacional recalcó en la necesidad de una colaboración más sólida con estructuras administrativas inferiores, la potenciación efectiva de comunidades locales y el apoyo a sistemas de gobiernos locales responsables y transparentes para programas futuros. El proyecto está por tanto cuidadosamente orientado con el objetivo general de AMREF de aportar una solución duradera en materia de salud para los habitantes de Sudán del Sur, de forma que éstos puedan analizar sus propios problemas y tener capacidad para emprender las medidas oportunas.

El proyecto se diseño para reducir la mortalidad y morbilidad infantil y materna y para ayudar a Sudán del Sur a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5, 6 y 7 (ODM). El proyecto continuó con la construcción de PHCU y perforación de pozos e instalación de sistemas de saneamiento en colaboración con las administraciones condales. El proyecto también firmó un acuerdo de asociación con el ministerio de sanidad estatal. El proyecto garantizó que al menos un 17,6% de los desfavorecidos accedieran a servicios de prevención y promoción destinados a los desfavorecidos. Se suministro LLIN a mujeres y niños. El proyecto además aportó fondos para la construcción de 3 centros de salud, la compra de medicamentos esenciales, mobiliario y equipo para 4 PHCU, así como la formación a autoridades locales, construcción de 2 letrinas escolares con 3 compartimentos para chicas y 2 aseos, mientras que para los chicos 4 compartimentos y urinario cubierto. Se suministraron papeleras de plástico para desechos médicos con el fin de mejorar la salud del entorno y gestionar los residuos clínicos que se generan. Las actividades del proyecto se llevaron a cabo dentro de su plazo.

**Impacto**

El proyecto ha contribuido con carácter general al impacto de sistemas mejorados de abastecimiento de agua e instalaciones de saneamiento, así como de los servicios de atención sanitaria primaria y la demanda de atención sanitaria que se ha visto incrementada gracias a la sensibilización. Se han reducido las enfermedades relacionadas con el agua y los casos de malaria. Se ha incrementado la calidad en los servicios de atención sanitaria en los PHCC/PHCU gracias a las formaciones y al suministro de medicamentos esenciales y reactivos de laboratorio.

La abrumadora aportación de las comunidades, especialmente en Kansuk, ha tenido como resultado la construcción de una unidad de salud que no estaba prevista en el plan original de construcción. Los miembros de la comunidad alegaron al SMOH-CES que disponían de una PHCU que requería reforma, sin embargo en su visita al lugar en cuestión los representantes de AMREF y del AMOH se percataron de la inexistencia de centro alguno. Incluso el jefe se sorprendió de que aquellos miembros de la comunidad hubiesen tomado la iniciativa de visitar el ministerio y solicitar la unidad de salud. El diálogo entre los miembros de la comunidad, las autoridades del payam de

Rejaf, AMREF y el SMOH tuvo como resultado la construcción de la PHCU de Kansuk. Este fue uno de los resultados positivos no previstos de este proyecto en Kansuk. Los comités de gestión del agua y educadores pares en la isla de Gondokoro consiguieron alentar a 34 hogares para que instalasen letrinas en un plazo de 2 años, lo que supone un logro de gran importancia de este proyecto en esta comunidad.

Gracias a la formación que recibió la PTA, ésta fue capaz de crear una CBO local para hacer frente a los desafíos de la comunidad y concretamente para encargarse de las actividades de promoción del agua, saneamiento e higiene. La comunidad demostró con efectividad su interés por el proyecto con la aportación de terreno, mano de obra, ideas y capital, especialmente durante la inauguración de los 3 centros de salud.

Lo mismo se puede decir de la red de acción comunitaria para el agua, saneamiento e higiene (CAWASH) que dejó una huella importantísima en el proyecto.

**Sostenibilidad:**

El proyecto AMREF-AECID trabajó con estructuras gubernamentales existentes. AMREF Sudán del Sur traspasó la responsabilidad de las instalaciones al ministerio de sanidad estatal y a la DRWSD. El SMOH ya ha asumido el suministro de medicamentos esenciales así como la contratación y ubicación del personal. La DRWSD ha asumido el control del mantenimiento de los pozos, letrinas instaladas y se encarga de prestar apoyo a estructuras comunitarias como las PTA, los comités WASH y clubs WASH.

Los clubs WASH escolares constituidos por la CAWASH están operativos y cada uno de los miembros del club contribuye para la sostenibilidad de las actividades del club WASH. Ejemplo de ello es la aportación voluntaria de 2 SSP por parte de los miembros del club WASH de la escuela básica de Lybia con el fin de financiar las actividades WASH en la escuela. Otros aportes a la sostenibilidad se observaron en las PHCU de Jebel y Gudele, donde las autoridades locales del payam adquirieron 2 generadores, 4 paneles solares y 2 refrigeradores para proporcionar luz y energía para las cadenas de frio, y además contrataron a dos vigilantes de seguridad para las instalaciones.

La función supervisora de los centros de salud se encomendó al departamento de salud condal y al SMOH-CES. Para que ello fuera posible AMREF cedió al SMOH-CES dos motocicletas Honda 125XL, una impresora, mobiliario y artículos de oficina para que éste distribuyese el material adecuadamente. La DRWSD ha seguido atentamente la iniciativa comunitaria de instalación de letrinas de fosa en Gondokoro (boma de Mononyik) y en la aldea de Kolye al oeste de Rejaf.

Sin embargo, conforme a las conversaciones y observaciones efectuadas, muchos miembros de estructuras comunitarias (educadores pares y comités WASH) no están en activo. No mantienen

registros ni organizan reuniones con regularidad, especialmente desde la conclusión del proyecto de AECID en Juba, en febrero de 2012. Si el SMOH-CES no supervisa con regularidad este aspecto la sostenibilidad no perdurará.

**Idoneidad**

Desde el mismo inicio del proyecto tanto el SMOH como el CHD y las autoridades de payam locales se involucraron plenamente a todas las escalas. Por ejemplo, se constituyó el PWC para supervisar la gestión, implementación y seguimiento de las intervenciones del proyecto. Los aspectos claves de involucración incluyen la programación de actividades, planificación presupuestaria, implementación y seguimiento. Los miembros de la comunidad se implicaron durante las obras de los centros de salud y las perforaciones mediante la movilización y aportación

**Armonización**

Era evidente que numerosos organismos donantes estaban operando en las áreas del proyecto. UNICEF y PSI suministraron LLIN que se distribuyeron en los cuatro payams. UNICEF proporcionó 2.700 LLIN directamente a los centros de salud mientras que PSI dio 1.000 LLIN a AMREF para complementar sus actividades.

Por ejemplo en el PHCC de Kator las actividades de formación a los trabajadores sanitarios y de suministro de LLIN y medicamentos/reactivos esenciales por parte de AMREF se vieron reforzadas por la acción de otros socios como ADRA, que perforó pozos, y la International HIV Alliance, que suministro kits de test del VIH a los PHCC. Todos estos socios han estado manteniendo reuniones de coordinación trimestrales, en la oficina del CHD en Juba, para compartir informes y fortalecer esta sinergia.

**Alineación**

El proyecto fue relevante y estuvo alineado con el plan de desarrollo y con las políticas públicas en materia de salud, agua y saneamiento. El proyecto estaba concordado con el plan de desarrollo del sector de salud de Sudán del Sur (2011-2015).

Fue más relevante concretamente para los objetivos 1, 2 y 3, y esto concordaba igualmente con los ODM 4, 5, 6 y 7.

A nivel institucional, el diseño de proyecto se ajusta a la dirección estratégica número 4 del plan de negocio de AMREF.

**Coherencia**

La estructura definida del proyecto era clara: objetivos, resultados y actividades alineados de modo lógico. Las actividades programadas eran las adecuadas para alcanzar los objetivos del proyecto con indicadores claramente definidos. En el momento de la evaluación no existía un plan M&E pero se siguió el curso de la ejecución del proyecto en base a un marco lógico y a planes de trabajo. Estas herramientas constituyeron la base para las medidas de seguimiento y supervisión. Se detectaron lagunas en el informe de referencia o línea de base. Por ejemplo no se habían aportado cifras respecto al número de habitantes a que se había alcanzado con mensajes de prevención del VIH/SIDA y malaria. Además el estudio de referencia no especificaba el número o porcentaje de comunidades con acceso a agua potable adecuada. Estas lagunas limitaron por tanto la comparativa de estas variables respecto a la evaluación frente al informe de referencia. Esto se atribuyó a la ausencia de un Director M&E sobre el terreno que organizase y dirigiese un estudio de referencia de calidad y por tanto evitase estas lagunas.

## 6.0 Balance de experiencias

Se extrajeron varias lecciones de la encuesta:

- AMREF Sudán del Sur desempeñó un papel fundamental en la innovación con métodos de formación tales como el planteamiento de transmisión de niño a niño en las escuelas y la PHAST (Metodología Participativa a favor de la higiene y la transformación del saneamiento), que se llevó a cabo en las comunidades en apoyo a las PTA y comités de gestión del agua para fortalecer actividades de promoción de higiene y saneamiento y para prestar servicios de apoyo en los cuatro payams.
- Las actividades que involucraban a las comunidades en la planificación y toma de decisiones alcanzaron un alto nivel de interés, compromiso y sentido de integración en los proyectos comunitarios, como en el caso de las PHCU de Jebel y Gudele.
- Los programas de formación destinados a estructuras comunitarias son más efectivos cuando se programan en el contexto de las necesidades locales como puede observarse con los educadores pares y comités de gestión del agua de Gondokoro.
- Programas que integran en las formaciones otros servicios además de habilidades PHC contribuyen significativamente a la calidad de vida de los miembros de las comunidades.
- La óptima colaboración entre los trabajadores sanitarios y los beneficiarios directos dependen del respeto mutuo, una buena comunicación y del establecimiento de sistema de remisiones.
- El seguimiento periódico era esencial para garantizar que los trabajadores sanitarios formados prestaran servicios PHC de calidad.

- Los proyectos que evalúan periódicamente sus programas de formación y que recopilan información de valor podrían emplearse para tomar decisiones más acertadas a la hora de modificar los programas existentes o de planificar otros futuros.
- La comunicación óptima y el intercambio de información y experiencias entre los trabajadores sanitarios por medio de reuniones supondrá una mejora de los servicios PHC.
- La involucración de los ministerios concernientes en la formación tuvo un impacto positivo en las comunidades. Ejemplo de ello son las formaciones del SMOH impartidas a los trabajadores sanitarios, educadores pares, comité de gestión sanitaria de payam y comité de gestión de instalaciones. La DRWSD formó a los comités de gestión del agua, PTA y PWC.
- Como experiencia para futuras encuestas, es importante considerar que los asistentes del estudio tuvieron dificultades a la hora de entender parámetros incluidos en los cuestionarios como por ejemplo, estándares SPHERE, la diferenciación entre LLIN y mosquiteras convencionales. Por tanto en encuestas futuras deberían quedar bien definidos y explicados este tipo de parámetros.
- Para la efectiva implementación del proyecto la implicación y motivación de las comunidades desempeñan papeles primordiales. Ejemplo de ello fue la implicación de la comunidad de Kansuk en la construcción de la PHCU

## 7.0 Conclusiones y Recomendaciones:

**Recomendaciones.**

**Se proponen al gobierno las siguientes recomendaciones para garantizar la operatividad continuada de los centros de salud y otras estructuras establecidas**

1. Continuar con el incremento de la capacidad de los encargados de centros de salud para supervisar y administrar al personal y otros recursos de modo coordinado para una prestación de servicios eficiente.

2. Deberían fortalecerse los servicios de base comunitaria, programas de asistencia a zonas de difícil acceso y sistemas remisión, de forma que los pacientes puedan recibir los servicios a que se acceden en las PHCU.

3. Establecimiento y fortalecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación de base comunitaria que permita a las comunidades ser responsable de la gestión de sus propios recursos en términos de planificación, implementación y presentación de informes.

4. Debería fomentarse y fortalecerse la implicación comunitaria en la gestión compartida de sus centros PHCU/PHCC ya que ésta es la única forma de acercar los servicios a la gente.

5. Transformar las PHCU de Jebel y Gudele en PHCC que presten servicios completos de forma que los beneficiarios directos de estos centros no tengan que trasladarse de un centro a otro para recibir los servicios que sus centro no cubran, ya que los pacientes podrían acabar buscando servicios de salud alternativos, concretamente curanderos.

6. Debería fomentarse y considerarse prioritaria la implicación en las formaciones por parte de los ministerios concernientes.

7. A nivel estatal, el Ministerio debería suministrar oportunamente medicamentos/reactivos de laboratorio esenciales a los centros de salud, así como diseñar un marco de trabajo de seguimiento que garantice que no se vea comprometida la calidad de los servicios. A nivel normativo, el SMOH debería reservar una partida presupuestaria para motivar al personal inferior de los centros mediante formaciones prácticas o incentivos.

8. Para proyectos futuros similares, AMREF deberá seguir involucrando al personal gubernamental a todos los niveles en la programación, implementación y planificación presupuestaria de las actividades, con el fin de evitar desconfianza y fomentar la transparencia en un entorno de trabajo propicio, planteamiento que debería aplicarse a otros proyectos de AMREF.

9. Deberían organizarse reuniones regulares de coordinación trimestrales con los socios para así compartir objetivos y logros.

10. En futuros proyectos deberá implicarse a los beneficiarios directos en la evaluación respecto a la relevancia y utilización efectiva de los resultados del proyecto.

11. Todos los proyectos deberían contar con una base que se alinee adecuadamente a los indicadores específicos del proyecto.

12. Se recomienda que los organismos de salud gubernamentales y no gubernamentales fomenten y apoyen la formación de educadores pares para rentabilizar la intervención de atención sanitaria primaria en las comunidades.

13. Otros proyectos similares deberían imitar el proyecto de Juba con respecto a la constitución de comités de dirección (PWC) que supervisen el proyecto de principio a fin y continúen después como comité de plan de salida.

## 8.0 Conclusión

El proyecto había demostrado la viabilidad de un planteamiento integral para reconstruir los sistemas de sanidad en los países en desarrollo y dicha asociación podría contribuir a un fortalecimiento general de los sistemas de sanidad en las comunidades rurales donde la presencia de servicios de salud representa todavía un gran reto. Sin embargo, probado está que el incremento de la demanda de servicios puede no ser reflejo de la calidad de servicios. La descentralización de los servicios de salud en Sudán del Sur supone sin lugar a duda otro paso avanzado para la correcta implementación del programa de atención primaria sanitaria a nivel comunitario con la participación inequívoca de la comunidad. Existen argumentos sólidos para que las autoridades estatales mantengan ejerciendo su papel e influencia no sólo en el liderazgo global de política de estrategia, la financiación y proporción de atención sanitaria, sino también especialmente en la creación de capacidad de atención sanitaria. El gobierno debe definir claramente cuál es su papel en la implementación y supervisión de la prestación de servicios de atención sanitaria primaria para así garantizar su sostenibilidad tal y como se hizo durante la asociación de mejora con organizaciones no gubernamentales.

Hubiese sido preferible la continuidad de este proyecto durante los próximos dos años, para que AMREF Sudán del Sur pudiese seguir intensificando la capacidad del personal de los centros de salud y de las comunidades locales, de forma que éstos se hagan responsables de su propio sistema de sanidad. AMREF inició la implementación conjunta de actividades en colaboración con la dirección de PHCP del SMOH. La firma del MOU fue igualmente una medida positiva. Este proyecto en concreto significó mucho para el establecimiento de una buena relación entre AMREF Sudán del Sur y el SMOH-CES.

**Referencias;**


1. *Amin, M.E.(2005). Social Science Research, Conception and Analysis. Kampala. Makerere University*
2. *Barifaijo ,K. M,& Oonyu, J.(2010). How to write a Good Dissertation / Thesis. A guide to graduate Students.*
3. *First Edition. Kampala, Uganda.*
4. *Hardon. A. & Gerrits. T.(2001). Applied Health Research; Anthropology of Health and Health Care. Third Edition. Het Spinhuis Publishers, Amsterdam*
5. *AMREF Institutional Business Plan October 2011-September 2014 page10.*
6. *Health Sector Development Plan, 2011-2015; GOSS Ministry of Health, November 2011.*
7. *Sudan Household Health Survey, 2006.*
8. *Project implementation reports 2009-2012; provision of PHC insfrastructure and service, and water and sanitation in Munuki, Rejaf, Kator and Gondokoro payams in Juba County.*

## Anexo 1-Herramientas

**Evaluation of Provision of Primary Health Care,Water and Sanitation facilities through health Promotion in Kator, Munuki, Gondokoro and Rejaf Payams of Juba County-CES Assessment Key Information Question Guide for the County Health / Payam Local Authorities.**

**Introduction:**

Goodmorning/AfternoonSir/Madam,Mynameis……andmycolleagueis…….wearehere onbehalfofAMREFSouthSudan.WeareconductingafollowupassessmentofPrimaryHealthCare interventions provided by AMREF in Juba County. The purpose of the assessment will be to provide information on the impact of the project to targeted beneficiaries. Therefore, your participation and views is necessary and will be kept confidential and only be used to improve further project design and implementation.

**Detail Information of respondents**

1. Name
2. Title and contact
3. Gender
4. What activities/programs areimplementedbyAMREFSouthSudan inthis County/Payam?
5. What is thetarget populationAMREF serves inthis County/Payam?
6. Howmany PHCUhavebeensupportedbyAMREFin this County/Payam?
7. Are therePHCU constructedbyAMREFinthis County/Payam,Ifyes,whichyear?
8. Was thereanyrenovation/rehabilitationdoneonthis PHCU, Ifyes,whichyear andwhichorganization didit?
9. Howmany peoplehavebeenservedbythisPHCU?(estimate)
10. What typesofservices arebeing providedinthesePHCU?
11. IstherePHCUmanagementcommitteestrainedforthesefacilities?Ifyes,howmanyofthemare trainedinthis County/Payam?
12. Inyourownopinion,arethesecommittees functioningwell?
13. Howmany communityhealthworkers havebeentrainedbyAMREFin your County/Payam?
14. Please, specify thembycategories;(mid-wifes, traditionalbirthattendants, communityhealthworkers)
15. Are thereorganizedgroupthat existinthis community,ifyes,what typeofactivities do they perform?
16. Who organizedthesegroups andfor whatpurpose?
17. Wheredoes communitygettheir drinkingwater inthis County/Payam?
18. Are thereboreholesdrilled/rehabilitatedbyAMREFin thisCounty/Payam,ifyes,howmany?
19. Andhowmanyof whicharefunctioning now?
20. AretherecommitteesformedandtrainedtomanagetheseboreholesbyAMREF,ifyes,howmany were trained?
21. What typeof sanitationfacilities AMREFprovidesinthesecommunities?
22. Inyourownopinion,arethecommunitiesawareabout theuseof thesefacilities,Ifnot why?
23. IstherehealtheducationsessionconductedinthisCounty/Payam,Ifyes,whatmessageswerepassed during the session? Andhowoftenarethese sessionsorganized?
24. Whatimprovementintheservicesdeliveryhaveyouseeninthecommunitiesinlast9monthsasa resultof thisproject?
25. WhatisyourviewonhowAMREFSouthSudanhasmanagedthepartnershipsupportarrangements withCounty/PayamLeaders?
26. HowdoyouadviceAMREF onthe subsequentprojectimplementation strategiesinyouplace?

**Evaluation of Provision of Primary Health Care, Water and Sanitation facilities through health Promotion in Kator, Munuki,Gondokoro and Rejaf Payams of Juba County-CES Assessment Key Information Question Guide for the PHCU-In-Charge/PHCU Management Committees.**

**Introduction:**

Goodmorning/AfternoonSir/Madam,Mynameis……andmycolleagueis…….wearehere onbehalfofAMREFSouthSudan.WeareconductingafollowupassessmentofPrimaryHealthCare interventionsprovidedby AMREFinJubaCounty.Thepurposeoftheassessmentwillbetoprovide informationon theimpactofthe project to targeted beneficiaries.Therefore,yourparticipationandviews is necessaryand willbekeptconfidentialandonlybeusedtoimprovefurther projectdesignand implementation.

**Detail Information of respondents**

1. Name
2. Title andcontact
3. Gender
4. What activities/programs areimplementedbyAMREFSouthSudan inthis PHCU/Payam?
5. What is the coverageof this PHCU interms of populationserved?
6. Howmany trained staff areworking inthis facility?( nurses,midwives,labtechnicians,Medical assistants)
7. Howmany healthworkers havebeen givenrefresher trainingbyAMREFcategorizedbygender
8. Wereyou satisfiedof thetrainingprovidedto you?If not satisfactorily what improvement is neededconcerningthetraining?
9. Werethehealthworkersprovidedwithmanuals/guidetoeasyservicedelivery?
10. Howmany peoplehavebeenreachedwiththemessages ofHIV/AIDSpreventionstrategiesof abstinenceandfaithfulnessin thisPHCU?
11. What are theperceptionsofcommunityabout condomuse? Do they seekfor condoms freelyor being forcedtouseit?
12. Doyour facilities have voluntarycounseling andtestingservices?
13. Howmany people/coupleshave turnedupfor voluntarycounseling andtestinginthelast6 months inthis facility? (refer to records)
14. What typeof services doyou offerfor positiveclientsinthis facility?
15. Howoftendoyoufollowtheclient for support inthe communities? Who makethefollowups?
16. WheredoyoureferHIV+ clients for services whichyoucannot provide inthis facility?
17. Doyoushareinformation regarding HIV/AIDSwithother partners? It yes,whichpartners?
18. Howoftendoyoudo that?
19. Howmany pregnant mothers havebeen givenlonglasting insecticidemosquitoes nets inthis PHCUor during communityreachservices?
20. Howmany expectingmothers havebeendiagnosedmalaria positiveforthelast6months?
21. Inyourownopinion,ismalaria prevalenceonincreaseor decreaseforthelast 6months? (Check OPD records?
22. Didyou haveadequatedrugs supply at this facilityforthelast six(6) months?
23. Fromwhich sourcewere yougettingthemedicine?
24. DidAMREFprovidethis facilitywithessentialdrugs?Statethetypeof thedrugsgivenbyAMREF?
25. Doyouthinkthesedrugs areimportantinthis facility/community?(applicable to those facilities AMREF supportedwithdrugs,Gondokoro,Munuki,Nyakuron,Kator andJebel)
26. Wheredoyoustorethesedrugs?Anddo you haveproperrecords for thedrugsinandout of store?Ifyes checktherecords.
27. Was this facilitynewlyconstructed/rehabilitated/furnished?
28. Who constructed/rehabilitatedthis PHCU?Which year?

29. Doyouhave sanitationfacilities withinthepremises of thePHCU/PHCC?Statethe typeof the facilitypresentinthePHCU/PHCC?
30. Howaresanitationfacilities being used andmaintained(observationneeded)
31. Have the sanitaryfacilitymet theSPHEREstandards?(observation)
32. Doyouhaveboreholepresentat thePHCU premises?Andwhodrilledthisborehole?
33. Howistheboreholemaintainedandhowis theyieldof theborehole?
34. What is the communityattitudetowardsthisboreholewater?
35. Are therewater/sanitation relateddiseases reportedin the communities inthelastthree(3) months,ifyes,giveexamples of thosediseases?
36. Inyourownopinion,what are thecausesof thesediseases?
37. Howmany healtheducationsessions conductedinthis facilityforthelast6months?
38. Howmany Payamleaders andcommunityhealthworkers trainedinPHCmanagement skills?
39. Are thereotherNGOs workingin thispayam/facility?Ifyes,what typeof services do theyoffer?

**Evaluation of Provision of Primary Health Care, Water and Sanitation facilitiesthrough healthPromotion inKator,Munuki,GondokoroandRejafPayamsof Juba County-CES Assessment KeyInformationQuestion Guide for the Households/Watsan Committees**

**Introduction:**

Good morning/AfternoonSir/Madam,Mynameis……andmycolleagueis…….wearehere onbehalfofAMREFSouthSudan.Weareconductingafollowupassessmentof PrimaryHealthCare interventionsprovidedby AMREFinJubaCounty.Thepurposeoftheassessmentwillbetoprovide informationon theimpactofthe project to targeted beneficiaries.Therefore,yourparticipationandviews is necessaryand willbekeptconfidentialandonlybeusedtoimprovefurther projectdesignand implementation.

**Detail Information ofrespondents**

1. Name
2. Title andcontact
3. Gender

**PHCServices**

4. What is level ofyoureducation? (Probefor primaryeducation, secondaryeducation, tertiary, universityor none).
5. Doyouhavelonglasting insecticide treatedmosquito nets in your house?Ifyes,howmanyLLINS doyouhave? **If NOskipQns6,7& 8**
6. Doyouhaveknowledgeon Long-lastinginsecticidetreatedmosquito nets(LLINs)?**If yes**,do you sleepundertreatedmosquito nets? What usethemfor?
7. Howmany peopleinthis household areusing LLINs?
8. Are therechildren/childunder five(5)years inthishome,ifyes,doesthe childsleepunder LLINs? **If NOskipQn 9**
9. Haveanyof thesechildrensufferedfrom malaria inthelast6months?
10. Is therepregnant mother in thishome?**If yes**has she sufferedfrommalaria or anyother diseases in thelast 6months?Apartfrommalaria,has she sufferedfrom other diseases?**Ifyes**,mention them and**if NOskipQn11**
11. Does shesleepunder treatedmosquito nets,**if yes**,wherehas shegot thenetfrom?
12. Wheredoyougofor treatment ifone of thefamily members falls sick?
13. Howdoyoufeel if you sleepundertreatedmosquito nets?( Bador Good)why?
14. Whichcolour andtypeoftreatedmosquitonets doyouprefer?
15. Doyouhave anyPrimaryHealthCareUnit (PHCU)in this area? If yes,howfar is itfromyour home? **If NOskipQn 16&17**
16. Inyourownopinion,isPHCU offeringgoodservices,ifnotwhy?
17. Canyou explainthetypesofservices youreceivefromPHCU?
18. Haveyou ever heardabout HIV/AIDS?
19. Howdidyougetinformationabout HIV/AIDS?
20. Doyouhaveknowledge about spreadof HIV/AIDS?
21. Haveyou ever seensomeoneinyour communitysuffering fromHIV/AIDS?
22. Ifyes,howdoes he/she looklike? Andhowis sucha persontreatedin your community?
23. Inyourownopinion,howdoyoupreventyourself andyourpartner fromcatchingHIV/AIDS?
24. Didyou and yourpartnersgoforHIV testinthelast 6months,if yes,whereandwhat types of services didyoureceive?
25. Haveyou ever hadHIV/AIDSeducationinyour community? If yes,whereandbywhich organization?
26. Howmany times havepeereducators taughtyouaboutHIV/AIDSprevention?

**WaterUsage**

27.Fromwheredo you get drinking water? Isthewater sourceprotected? (Probefor shallowwell, river,boreholes or rainwater harvest)

28.Howmuch quantityof water is usedinjerricans per dayin thishousehold?

29.Doyoucollectdrinkingwater & water forwashing from thesame source? IfNOmentionother sources.

30.Howfar isthenearestwater sourcepoint fromyourhome?

31.Howlongdoyou taketo fetchwater from thesource?

32.Howlongdoes it takeyoufromyourhometo thewater source?

33.Howdoyoustoreyou drinkingwater(probe forhygiene of thestoragefacility)?

34.Doyoutreat thewater beforedrinking,if yes,what doyou usefortreating water?

35.What do you usefor collectionof water fromthe source?(observeputting plant leaves in the water container,jericans withoutlidsetc)

36.What arepeak hours at thewater sources?(probe fortheparticular hours of adayand**this question applyto boreholesONLY)**

37.What challenges do you faceat water sources?

**Sanitation**

38.Doyouhavepit-latrine at your home,ifno wheredo yougofor defecation?

39.Has thelatrinemet theSPHERE standards? ( observe criticalfordoor,floorwellsmeared,squad padwith cover& handwashing facility)

40.Doyouhave separatelatrinefor children, ifno,howdoyoudispose childrenfeaces?

41.Doyouhavehandwashingfacilitywithwaterandsoap at thelatrine, ifno why?

42.Didanyfamily member sufferedfrom diarrhea inthelast3months,if yes,Inyour ownopinion, whathas causeddiarrhea diseases?

43.A partfromdiarrhealdiseases,are theresanitation relateddiseases sufferedinthis householdin thelast 3-months?if yes,list themand**ifNO skip Qn 44**

44.Inyourownopinion,what has causedthesanitation relateddiseases mentionedabove?

45.Howdoyou preventyourfamily from catchingthesediseases?

46.Doyouhavebathingshelter,rubbishpitanddrying rackat home,ifnowhy?

47.Wheredochicken,goatsanddogs sleepinthis home?

**Water andSanitation Committees**

48.Doyouhave committees formedto manageyour water source?If yes,howmanyare they?

49.Howoftendocommitteesorganizefor meetingtodiscuss issues pertaining theirwater sources?

50.Werethecommitteestrainedontheirrolesandresponsibilities?Ifyes,whotrainedthemand howlongwasthetraining?

51.Doyoucollectmoneyforpreventativemaintenance? Ifyes,howmuchand at whatintervals?

52.Howoftendowater userscometogether toclean around their water sources?

53.Didtheboreholebreakdown inthelast6months?Ifyes,whorepairedit?

54.Are therepumpmechanics inthis community?Ifyes,howmanyarethey?

55.Who trainedthepumpmechanicsanddo they havetheequipment kitsfor repair?

56.Who providedtheequipments forthem?

57.Has AMREFtaughtyouaboutgood hygiene andsanitationpractices? Ifyes,giveexamples?

58.What topics wereusedto teachhygieneandsanitation?

59.Doyouappreciate AMREFworkinyour community?

60.What challenges do you faceas committees in relationto yourwater source?

61.What suggestions can yougivefor thefutureimprovement?

**Assessment KeyInformationQuestion Guide forOrganized Groups(CBOs)**

What is thenameof yourorganization?
Whenwasitformed?
Howmany members areinthis group?
What activities does it do?
Howoftendoes organizationconduct meetings?.Whatissues do you discuss inthemeeting?
Howdoyoukeepyour records?
Doyougetanyexternal support?.From who?
What kindofsupport didyougetfromthem? Was the supportsufficient enough?
Howdoyouintendtosupport theorganizationwithout external assistance?

**Assessment KeyInformationQuestion Guide for thePTAs**

Does yourschoolhavePTAs?Are theyfunctional?
Howmany members areinthePTAs?
What are theirroles and responsibilities inschoolsanitation andhygiene promotion? Are thePTAs active? Ifnot why? (Applyfor selectedschools wherePTAs weretrained)
Are thePTAstrainedinWASH?Howmanyaretrained, whenandbywho?
Howlongwasthetrainingfor PTAs? (Specify indaysor weeks)
What are the achievements of PTAs in schoolWASH?
What are the challenges faced?
Doyouhave cleansourceofwater forthe school? Mentionthe sources?
Doyouhavelatrine for the school?If yes,howmanystances for girls andboys?
Doyouhavehandwashingfacilityfor childrenwith specialneeds?
Is thereseparatelatrinefortheteachers? Ifyes,howmany stances for femaleandmale?
Doyouhavehandwashingfacilitiesatschool?(Observationofthecleanlinessoflatrine&countthe numberoffacilities)
Doyouhaveschoolhealth clubs?(Probefor thenumber,supportprovidedfor theclub, when formedand whetherthey are active/passiveandwhy)?
What sanitaryfacilitydoyouhavein your schoolandliststhem?
Howmany pupils arethereinyour school andhowmany teachers aretheir?(breakit downintosex)
What solutions will yousuggestto overcomethe challenges of WASHinschool?

**Assessment KeyInformationQuestion Guide for the SchoolWASH Clubs**

Howmany areyouintheWASHClubs?(Segregateinto gender) Andwhenwas this clubformed?
What activities doyoucarryinyour club?
Are theclubmembers trainedonhygienepromotion? When,bywho andhowlongwas thetraining?
Doyougetanysupport fromPTAs andCBOs orfrom the government? If yes,whattypeof support? Was the supportadequate?
What problemsdo you faceincarrying outyour activities?
What areyour suggestionsfor strengtheningthe schoolWASH clubs?

**Assessment KeyInformationQuestion Guide for thePeer Educators**

What activities doyoucarryout inthe communities?
Didyou get trainingfromAMREF?If yes,specifythetopics of thetraining? A partfromtraining,whatother support did you receivefromAMREF?
Howoftendidyouconducthealtheducationsessionsinthecommunities?(specifyinweekly,monthly, quarterly andbi-annually)
Howoftendoyoureportabout your activities,towhomandat whatinterval?
Howoftendoyouconsider to beyour greatest achievements?
What problemsdidyou faceindoing your work?Andhowdidyouovercomethem? What are thebest practices youconsideredin yourwork?
What plandoyouhaveinplacefor continuityofthisprojectafter AMREFwithdraws?
Inyourownopinion,has AMREFproject been successfulinyour area? Ifyes,inwhatways? What suggestions doyougivefor futureimprovement inyour area?

**Assessment KeyInformationQuestion Guide for the Local Authorities(chiefsand Quarter CouncilChairpersons)**

Mentionanyactivities implementedbyAMREFin your area here?
What areyour rolesintheimplementation ofAMREF activities in your area?
What approaches wereusedtoensureeffectiveimplementation of activities?
Inyourownopinion,was theactivities success in your places,Ifyes,explain?
What positive changes haveseenin yourplaces as aresultof this project implementation?
Doyouthinktheproject hadaddressedtheneedsof thecommunities satisfactorily? What suggestions can yougivefor further project improvement inyour place?

**Assessment KeyInformationQuestion Guide for theProgrammeWorkingCommittees**

What areyour rolesand responsibilities as steering committeeinthis project?
Doyouthinkthere areunintended/unplannedresultsachievedby theseprojectactivities?Mention them? What do you considerto be the greatest achievement of thisproject? Mentionthem?
Inyouropinion,whatareas werenot performedwell?
Whatwereyourchallengesascommitteesduringprojectimplementation?Howdidyouovercomethe challenges?
What recommendationcan yougivefor subsequent projectfor serviceimprovement?