

**INFORME DE EVALUACIÓN EXTERNA**  
**Programa de Formación de Comadronas en la**  
**Región de Afar - Fase II**

**Africa Viva Fundación**

**Fundación AMREF Flying Doctors**

Financiado por:



David Martín Escudero

Junio 2014

## INDICE

Abreviaturas y Acrónimos .....	2
1. Resumen.....	3
2. Descripción de la intervención .....	7
3. Metodología .....	10
3.1 Orientación.....	10
3.2 Técnicas y herramientas.....	11
3.3 Condicionantes y limitaciones.....	11
4. Conclusiones.....	12
4.1 Pertinencia .....	12
4.2 Eficacia.....	16
4.3 Eficiencia .....	22
4.4 Impacto .....	25
4.5 Cobertura .....	27
4.6 Viabilidad.....	30
5. Recomendaciones y Lecciones Aprendidas.....	34
6. ANEXOS .....	37

## Abreviaturas y Acrónimos

AMREF	African Medical and Research Foundation
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas
HEW	Health Extension Worker
HSDP	Health Sector Development Programme
HPCU	Health Primary Care Unit
NRHS	National Reproductive Health Strategy
MAF	MDGs Acceleration Framework
MDGs	Millennium Development Goals
MGF	Mutilación Genital Femenina
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
RHB	Regional Health Bureau
SHSC	Semara Health Science College
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TBA	Traditional Birth Attendant
TTBA	Trained Traditional Birth Attendant
TVET	Technical Vocational Education and Training)
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## 1. Resumen

La tabla a continuación resume la valoración de la intervención con respecto a los criterios definidos:

Criterio	Valoración				
	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja
Pertinencia		X			
Eficacia		X			
Eficiencia	X				
Impacto		X			
Cobertura	X				
Viabilidad	X				

Tabla 1: Valoración de criterios de evaluación

### **Pertinencia**

- La intervención se localiza en una de las regiones de mayor vulnerabilidad en Etiopía, surge a instancia de los principales actores implicados en el sector de la salud, propone una serie de acciones que se adecuan a las necesidades de la población y se inscribe en las prioridades estratégicas de los principales actores nacionales e internacionales. Destaca la implicación y coordinación sinérgica con las instancias gubernamentales en el ámbito regional. Por todo ello se estima que la intervención posee un alto grado de pertinencia.
- Los indicadores socioeconómicos, educativos y sanitarios de la Región de Afar son los más bajos del país. De forma previa a la intervención, la Región de Afar posee un servicio de atención en Salud Sexual y Reproductiva (SRR) poco especializado y escasa cobertura; los centros de salud existentes no reúnen en su mayoría personal, infraestructura y/o equipamiento adecuados. De igual forma se evidencia la carencia de una atención cercana a las necesidades y peculiaridades de las comunidades, en particular aquellas nómadas y pastoriles.
- La matriz de planificación articula con claridad los diferentes componentes de la intervención, sin embargo en algunos puntos se aparta de los parámetros del marco lógico, concretamente en el caso de los indicadores que en su formulación no cuantifican el incremento o progreso previsto y que en algunos casos son difícilmente verificables.
- Cabe destacar que las acciones planeadas en el marco del resultado primero y tercero son adecuadas y suficientes para su consecución. No así las acciones pertenecientes al segundo resultado, aquellas relativas a la promoción de los recursos de salud en el ámbito comunitario. El proyecto no ha dimensionado correctamente las acciones que puedan generar un cambio de comportamiento en la población atendida.

### **Eficacia**

- La valoración del grado de consecución de los indicadores tras la implementación indica un alto grado de eficacia.
- En cuanto al Objetivo específico, tras la intervención, fuentes gubernamentales registran (i) un aumento en 4 puntos en el porcentaje de partos asistidos por personal cualificado en centros de salud y hospitales en Afar, (ii) un aumento en 23 puntos en el porcentaje de mujeres embarazadas que obtienen atención antenatal (al menos 1 visita) y (iii) el número de matronas diplomadas o graduadas adscritas a los centros ha pasado de 34 en 2010 a 104 en 2014.
- Se considera que la cobertura y calidad de los servicios de atención obstétrica ha mejorado gracias a la incorporación de un número sustancial de personal cualificado en la red de centros de salud de la Región de Afar.
- En cuanto al aumento de la demanda de servicios SSR, a pesar de que se detecta un mayor uso de los servicios en los centros y puestos de salud, las acciones han movilizado recursos muy limitados, no han tenido un carácter regular y sistemático y no han obtenido una cobertura significativa en el ámbito de la región. Por tanto, no se considera pertinente valorar la efectividad de las actividades en términos de variación del número de personas atendidas en los centros de salud.

### **Eficiencia**

- De forma general, se considera que la intervención posee un grado de eficiencia muy alto. Destaca la ligereza de la estructura de personal y la articulación conjunta de acciones con los estamentos gubernamentales. Como aspectos limitantes se incluyen algunas demoras sobre el cronograma previsto y las distancias entre las comunidades de intervención.
- Se considera que la distribución del presupuesto general del proyecto está bien equilibrada. Considerando los fondos destinados a los costes directos, el proyecto ha ejecutado un 72,2% en las actividades específicas de formación y 7,04% en los gastos en equipos y suministros. El 20,04% restante ha sido empleado en personal y funcionamiento principalmente.
- Las partidas están en su mayoría bien dimensionadas y salvo algunas desviaciones, el proyecto ha respetado los montos asignados a cada partida presupuestaria. El proceso de ejecución presupuestaria en terreno muestra una implementación creciente, dentro de un proceso lógico.
- Un aspecto a destacar se relaciona con la suficiente capacidad técnica de la contraparte africana y la consecuente ausencia de partidas para personal expatriado en terreno.

### **Impacto**

- Se estima que la intervención tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los titulares de derechos. La mayor accesibilidad a SSR en la red de recursos de salud, mejora la salud de las mujeres y neonatos, repercute de manera positiva en calidad de vida y mejora sus oportunidades de realizar actividades productivas.

- No se han identificado efectos no esperados en la formulación. Un posible colectivo desfavorecido debido al impacto de la intervención puede ser el conformado por las TBAs. Las acciones de proyecto deben conllevar en el medio y largo plazo una disminución considerable de la demanda de los servicios de las TBA en las comunidades, y por tanto, repercutir de manera negativa en la capacidad de generación de ingresos de estas mujeres.
- Se identifica un aumento de las capacidades del SHCS para desarrollar labores relativas para la implementación, seguimiento y justificación de proyectos con financiación externa.

### **Cobertura**

- El proyecto ha conseguido formar y posicionar de forma sostenible 56 matronas en 26 centros de la red de servicios de salud de la Región de Afar que ofrecen cobertura a una población aproximada de 390.000 personas. Por tanto, la intervención ha contribuido a aumentar de forma significativa el ratio relativo al personal sanitario responsable de los servicios de SSR.
- El grado de cobertura de gran parte de las acciones desarrolladas en el marco del segundo resultado se limitan a un único woreda; la cobertura no es comparable al obtenido por el grupo de actividades orientadas al resultado primero.
- La intervención excluye los territorios ocupados por la población de etnia Issa, originaria de la Región de Somali. Los órganos de gobierno regionales tienden a excluir los asentamientos Issa por entender que se encuentran fuera de su territorio y con vistas a controlar los movimientos migratorios entre las Regiones de Afar y Somali.

### **Viabilidad**

- La intervención ha tenido en cuenta aspectos étnicos, sociales y culturales tanto en sus etapas de identificación y formulación como en la propia implementación. Un factor clave para la viabilidad de la intervención se refiere a la introducción de origen étnico y residencia como criterios en la selección de los estudiantes formados. Una mayoría matronas formadas son personas de la etnia afarí y conocen las costumbres y lenguas locales.
- Con relación a los aspectos económicos y financieros, *a priori* no se identifican amenazas específicas a la viabilidad de la intervención. La Región de Afar está dando los primeros pasos para la aplicación de reformas financieras para costear los servicios de atención en salud ya operativas en el resto de regiones etíopes. El mantenimiento del compromiso del gobierno central y actores internacionales, y la implementación progresiva de un sistema sostenible de financiación pública a nivel regional serán aspectos clave en la sostenibilidad de los resultados.
- El proyecto y sus acciones se inscriben con coherencia en los tres documentos de referencia relevantes para el sector de actuación en el país: (i) el Plan de Desarrollo del Sector Salud IV (Health Sector Development Plan IV - HSDP IV), (ii) la Estrategia Nacional para la Salud Reproductiva 2006-2015 (National Reproductive Health Strategy – NRHS) y (iii) el Plan para la Aceleración de la consecución de los ODM (MDGs Acceleration Framework - MAF) para el Objetivo número 5 en Etiopía.

- Se valora que los compromisos asumidos por la matrona para permanecer en la plaza asignada por un periodo de 5 años<sup>1</sup> es una práctica eficaz para garantizar estabilidad y viabilidad de los recursos humanos formados.
- La sostenibilidad de los resultados pasa necesariamente por la adecuación de las acciones a las necesidades específicas de la mujer. De esta forma, el proyecto ha formado y asignado plazas de matronas con una mayor proporción de mujeres. Este hecho se relaciona con una mayor eficacia y viabilidad de los servicios que se distribuyen en las comunidades.
- No se contemplan factores técnicos que amenacen la viabilidad de las acciones. Se ha aplicado tecnología sencilla y adecuada al entorno, fácilmente replicable con recursos locales y a bajo coste, lo que permite a las autoridades de la región y al SHSC hacerse cargo del mantenimiento de los equipos y materiales adquiridos una vez concluida la ayuda externa.
- Por último, dada la naturaleza de las actividades, el presente proyecto para el equipamiento y mejora del centro de formación de comadronas en la región de Afar, no presenta ninguna incidencia negativa sobre el medioambiente.

---

<sup>1</sup> En el informe final se menciona que este compromiso es de 9 años, de acuerdo a la RHB, el periodo establecido es de 5 años.

## 2. Descripción de la intervención

El proyecto 'Programa de Formación de Comadronas en la Región de Afar - Fase II' se plantea como una continuación del proyecto 'Programa de Formación de Comadronas para las comunidades pastoralista de Afar- Etiopía' financiado por la Obra Social Fundación la Caixa en su convocatoria de formación en África del año 2009, que subvencionó el primero de los tres años de diplomatura. El fin de este proyecto era el de hacer frente a la enorme escasez de profesionales de salud obstétrica en la región de Afar mediante la formación de 60 comadronas en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Semara contribuyendo así a la reducción de la mortalidad materna y neonata en la región. La totalidad de estudiantes provienen de todas las zonas de la región de Afar, hablan el idioma local y un alto porcentaje de ellas son mujeres, factores que incentivan el aumento de la demanda de los servicios obstétricos por las comunidades locales a la vez que mejoran la calidad de la atención obstétrica una vez que las comadronas sean asignadas a los establecimientos de salud de la región.

El proyecto se ubica en el Estado Regional de Afar, situado al noreste de Etiopía. El objetivo del proyecto por tanto es hacer frente a la enorme escasez de profesionales de salud obstétrica en la región de Afar contribuyendo así a la reducción de la mortalidad materna y neonata en la región. En el 2009 y según la información contenida en la propuesta inicial el número de comadronas en Afar se sitúa alrededor de 22. Esta cifra es claramente insuficiente para responder a las actuales necesidades de la población. El proyecto está planteado para aumentar el número de comadronas presentes en el sistema de salud de Afar, asegurando la formación de 60 nuevas comadronas y garantizando su asignación a estructuras de salud primaria de la Región.

El proyecto objeto de valoración contempla la formación del segundo y tercer año de la diplomatura de comadrona. La intervención contempla una serie componentes para ofrecer una respuesta integral a la mortalidad materno-infantil con acciones para fortalecer la conexión entre la formación de comadronas y aumento de cobertura del sistema de salud formal con la realidad socio-cultural y comportamientos de salud de la población de Afar. Estas acciones, complementarias a la formación de las 60 comadronas e igualmente necesarias para la reducción de la mortalidad materno-infantil, incluyen sensibilizaciones comunitarias, formación de personal sanitario y agentes tradicionales de salud-parteras tradicionales-, mejora del sistema de referencia médica, fortalecimiento institucional, mejora de establecimientos médicos y estudios médicos en la región.

La matriz de marco lógico a continuación ofrece una breve visión sobre los objetivos, resultados y actividades previstos por el proyecto.



Descripción	Indicadores	Fuentes de verificación	Hipótesis
<b>Objetivo General:</b> Reducción de la incidencia de morbi-mortalidad infantil y materna.			El gobierno de Etiopía continúa priorizando el desarrollo de los sistemas de salud como un derecho y como la estrategia de reducción de la pobreza. Continúa una política de educación apropiada para la formación de especialistas de salud.
<b>Objetivo Específico:</b> Aumento del uso de los servicios de atención obstétrica especializada y mejora de su cobertura y calidad.	IOV.1. % del incremento del uso de los servicios obstétricos en los establecimientos médicos de Afar a los 6 meses de finalizar el proyecto ( %ANC, % partos, % PNC). IOV.2. % del aumento de la cobertura de los servicios obstétricos en Afar a los 6 meses de finalizar el proyecto.	1. Registro de la Oficina de Salud Regional de Afar. 2. Estudio de las necesidades de los servicios de obstetricia en los centros de salud y hospitales de la región 2. Evaluación final.	
<b>Resultado 1:</b> Aumentada la cobertura y calidad de servicios de atención obstétrica especializada en Afar	IOV1.1. Nº de comadronas graduadas al finalizar el proyecto. IOV 1.2. % de las comadronas graduadas en ejercicio en los establecimientos de salud de la región de Afar 6 meses después de finalizar el proyecto. IOV1.3. Nº de instalaciones mejoradas.	1. Títulos de la diplomatura de comadronas. 2. Contrato de trabajo de las comadronas. 1. Justificantes de pago de los materiales y equipamientos. 2.Documento de donación. 3. Fotografías. 5. Informes del proyecto. 4. Evaluación final	El Departamento Regional de Salud mantiene su compromiso firmado en el registro del proyecto.
<b>Resultado 2:</b> Aumentado el uso de los servicios de atención obstétrica especializada del sistema formal de salud en Afar	IOV 2.1.Nº de personas sensibilizadas. IOV 2.2 Nº de TBAs formadas. IOV 2.3 Nº de derivaciones médicas realizadas por las TTBA's.	1.Listados de participantes en las sensibilizaciones 2.Registro de asistencia de TBA a la formación 3.Registros de los establecimientos médicos 4. Fotografías 5. Informes del proyecto 6. Evaluación final	
<b>Resultado 3:</b> Mejorado el conocimiento sobre los comportamientos de salud de la población de Afar y servicios de salud obstétrica disponibles en la región.	IOV 3.1. Nº de estudios publicados y diseminados IOV 3.2 Nº de prácticas replicadas	1 Estudio médico-antropológico 2 Estudio de las necesidades de los servicios de obstetricia en los centros de salud y hospitales de la región 3. Minutas de las reuniones de coordinación 4.Evaluación final	

Resultado	Actividad
<b>Resultado 1:</b> Aumentada la cobertura y calidad de servicios de atención obstétrica especializada en Afar.	A.1.1 Formación de 60 comadronas provenientes de Afar (2º y 3º año de la diplomatura) en la SHSC. Sub-actividades: A.1.1.a Provisión de alojamiento, comida y transporte durante los dos cursos. A.1.1.b Seguimiento y evaluación del proceso de aprendizaje.
	A.1.2 Fortalecido la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Samara. Sub-actividades: A.1.2.a Provisión de medios educativos visuales y materiales de demostración (TV, video, cámara, proyector, pantalla, libros, posters, muñecos de demostración).
	A.1.3. Fortalecimiento del hospital de Dubti y nuevos centros de prácticas con equipos BMOC y otros suministros médicos.
	A.1.4. Apoyo a la asignación de las 60 comadronas a centros de salud y hospitales cercanos a sus comunidades (a ser posible).
<b>Resultado 2:</b> Aumentado el uso de los servicios de atención obstétrica especializada del sistema formal de salud en Afar	A.2.1 Sensibilizaciones comunitarias sobre la importancia de una atención obstétrica especializada en los centros de salud y el papel de las TTBA.
	A.2.2. Formación de TBA en salud materno infantil, erradicación de las prácticas tradicionales nocivas y sistema de referencia médico. Sub-actividades: A.2.2a Formación (erradicación de las prácticas tradicionales nocivas, parto seguro y sistema de referencia).
	A.2.3 Implantación de un sistema efectivo de referencia médica de las TTBA a los centros de salud y hospitales. Sub-actividades: A.2.3.a Formación conjunta TBA-HEW. A.2.3 b Desarrollo de formatos y seguimiento.
	A.2.4. Establecimiento de servicios de ambulancia y outreach. Sub-actividades: A.2.4.a Establecimiento de un servicio de ambulancia: 4 moto-ambulancias de puesto de salud a centro de salud A.2.4.b Provisión trimestral de servicios outreach (cuidados prenatales, parto, inmunización y planificación familiar).
<b>Resultado 3:</b> Mejorado el conocimiento sobre los comportamientos de salud de la población de Afar y servicios de salud obstétrica disponibles en la región.	A.3.1 Estudio médico-antropológico (que incluya las relaciones entre la TBA y comunidad, prácticas tradicionales, etc.) y revisión de los datos de mortalidad materna (auditados a nivel comunitario y de establecimiento de salud).
	A.3.2 Estudio de las necesidades de los servicios de obstetricia en los centros de salud y hospitales de la región.
	A.3.3 Reuniones de coordinación bianuales (RHB, SHSC, AMREF y otros stakeholders).
	A.3.4. Apoyo técnico al RHB para que continúe el programa de formación con presupuesto propio.
	A.3.5 Evaluación externa final.

Tabla 2: Matriz de Formulación

## 3. Metodología

### 3.1 Orientación

El principal objetivo de una evaluación final es emitir un juicio sobre el éxito o fracaso de la intervención desarrollada, el acierto de la estrategia diseñada, su grado de flexibilidad y capacidad de adaptación a una realidad siempre cambiante, su eficacia y eficiencia, la adecuación de los mecanismos de gestión y seguimiento aplicados, y los resultados e impactos logrados<sup>2</sup>.

Para dar respuesta a lo expresado en los TdR, la presente propuesta asume un enfoque que ha tenido en cuenta por un lado, los lineamientos, criterios y estándares del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Y por otro lado, el nuevo marco de planificación para dar cumplimiento a la Agenda de la Eficacia de la Ayuda de la Cooperación Española.

La evaluación ha partido desde un enfoque participativo, lo cual reduce las posibles resistencias que se puedan presentar, contribuye al aprendizaje colectivo, mejora la disposición para aceptar las recomendaciones y ponerlas en práctica y constituye un ejercicio ajustado a la realidad.

Además de los 5 criterios básicos de evaluación propuestos por el CAD, (i) pertinencia, (ii) eficacia, (iii) eficiencia, (iv) impacto y (v) viabilidad, y de acuerdo a la demanda de las organizaciones ejecutoras, se ha añadido el criterio (vi) cobertura.

- I. **Pertinencia**, valorando si los objetivos del proyecto se han adecuado a los problemas de los grupos metas a los que dirige su intervención y al entorno físico y político en el que opera. También se ha analizado la elección de las localizaciones y los titulares de derechos, el grado de adecuación de la implementación de la intervención y el alineamiento con las estrategias de los principales actores nacionales e internacionales.
- II. **Eficacia**, desde un enfoque cuantitativo y cualitativo ha sido objeto de evaluación la contribución realizada por las actividades del proyecto al logro del objetivo y resultados de desarrollo previstos. El capítulo de eficacia incluye una ficha de valoración del grado de consecución de cada resultado esperado.
- III. **Eficiencia**, incluyendo la relación coste-eficacia de la acción y centrado en el análisis de la asignación óptima de los recursos y teniendo en cuenta la planificación y gestión de los mismos.
- IV. **Impacto**, valorando el efecto o efectos principales de la intervención en su entorno más amplio y su contribución al objetivo general del proyecto. El análisis del impacto ha incluido elementos tales como: efecto sobre la vulnerabilidad de los titulares de derechos y el efecto sobre las organizaciones y contrapartes y el desarrollo de sus capacidades.
- V. **Viabilidad**, analizando la probabilidad de que los beneficios producidos y mecanismos de gestión establecidos por el proyecto continúen una vez finalizado el mismo.

---

<sup>2</sup> Manual de gestión de evaluaciones de la cooperación española

VI. **Cobertura**, referente al grado en el que la asistencia llega a una proporción significativa de la población afectados por la problemática en cuestión.

Los criterios mencionados engloban los detallados en los TdR. Asimismo, estos criterios planteados se adecuan a las variables de análisis clásicas de todo proceso evaluativo.

### 3.2 Técnicas y herramientas

La metodología aplicada ha tenido un carácter mayormente cualitativo, y se ha basado en el análisis documental, la observación directa y la realización de entrevistas semi-estructuradas.

- **Análisis documental:** desde la fase de gabinete se ha procedido a la revisión y análisis de la documentación relativa a la intervención: documento de identificación y formulación, planes estratégicos de los actores clave, línea base, informes de seguimiento, convenios de colaboración, memorias de actividad, fuentes de verificación, informes de organismos públicos, etc. Durante el proceso se han incorporado aquellos documentos que se han considerado de interés evaluativo.
- **Entrevista semi-estructurada:** ha estado dirigida fundamentalmente a informantes de los actores integrantes del programa, actores gubernamentales implicados y titulares de derechos. Para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas se han utilizado diferentes modelos-guía elaborados en la fase de gabinete de acuerdo al perfil de la persona informante.

### 3.3 Condicionantes y limitaciones

Durante el trabajo de campo se dieron las siguientes incidencias y/o limitaciones:

- El periodo de recogida de información coincidió con el día nacional de Etiopía (28 de mayo). Como resultado produjeron algunos cambios en la planificación inicial.
- Una buena parte de las personas entrevistadas no habla inglés o incluso amárico. La traducción simultánea en algunos casos pasó por los tres idiomas, en detrimento de la agilidad de las entrevistas, calidad de la comunicación y análisis del discurso de los informantes.
- La propuesta técnica preveía la organización de grupos focales con matronas, antiguas alumnas y alumnos del programa formativo. Una vez comenzado el trabajo de gabinete y durante la preparación de la agenda, se cancelaron los mismos debido a la imposibilidad para juntar a las mismas en un mismo espacio. El trabajo de campo coincide con sus jornadas laborales en los puestos de salud y estos por lo general se encuentran a distancias importantes unos de otros.

## 4. Conclusiones

Para dar respuesta a los siguientes criterios se plantearon una serie de preguntas clave y necesidades informativas<sup>3</sup> a las que se ha respondido en el presente informe.

### 4.1 Pertinencia

La intervención es muy pertinente en cuanto a que se localiza en las regiones de mayor vulnerabilidad en Etiopía, surge a demanda de los principales actores implicados en el marco de la salud, propone una serie de acciones que se adecuan a las necesidades de la población y se inscribe en las prioridades estratégicas de los principales actores nacionales e internacionales.

Si atendemos a la selección del **país y zona de intervención**, el IDH de Etiopía es 0.396 de acuerdo al informe de 2013, lo que coloca al país en la posición 173 (de 187 países)<sup>4</sup>. En el momento del inicio de la intervención, Etiopía presentaba los siguientes indicadores de desarrollo y salud materno infantil:

Indicadores de Desarrollo <sup>5</sup>	Puesto IDH	157
	Población (millones de habitantes)	80.7
	Esperanza de vida al nacer (años)	56.1
	Pobreza multidimensional (%)	1.055
	Población por debajo de la línea de pobreza	39.04
	Tasa de alfabetización de adultos (% 15 años y mayor)	35.9
	Usuarios de Internet (%)	0.4
Salud materno infantil <sup>6</sup>	Mortalidad Infantil niños menores 5 años en áreas rurales (1.000)	135
	Menores 5 años con peso insuficiente (%)	38
	Partos atendidos por personal sanitario especializado (%)	6
	Mortalidad Materna (casos por 100.000 nacimientos)	720
	Personal médico (doctor/a)	<0,5
	Matronas y enfermeras/os	2

Tabla 3: Indicadores de desarrollo en Etiopía con anterioridad a la intervención

El Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 5 se define como mejorar la salud materna, e incluye dos metas: (Meta 5.A) reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 y (Meta 5.B) lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Etiopía presenta una de los mayores cifras de mortalidad materna en el continente africano. A pesar de la reducción registrada en la última década (871:1000 en 2000/01 a 676:100.000 en 2010/11), todo indica que el país no alcanzará indicador establecido para la primera meta del

<sup>3</sup> Véase Anexo III Matriz de Evaluación.

<sup>4</sup> UNDP (2013) *Human Development Report 2013*

<sup>5</sup> UNDP (2010) *Human Development Report 2010*

<sup>6</sup> WHO (2010) *World Health Statistics 2010*

ODM 5 (267:100.000). El porcentaje de partos atendidos por personal especializado se sitúa sobre 20.4% in 2011/12, muy lejos de los porcentajes alcanzados en otros países subsaharianos.

Los indicadores socioeconómicos, educativos y sanitarios de la Región de Afar son los más bajos del país. La tasa de alfabetización nacional se estima sobre el 36% en 2010/11, el mismo indicador se estima tan sólo en un 20% en la Región de Afar<sup>7</sup>. El estado de salud general de la población de Afar muestra altos índices de precariedad, siendo las mujeres y los niños particularmente vulnerable, con unos niveles de mortalidad materna que doblan los índices nacionales.

De forma previa a la intervención, la Región de Afar posee un servicio de atención en Salud Sexual y Reproductiva (SRR) poco especializado y escasa cobertura; los centros de salud existentes no reúnen en su mayoría personal, infraestructura y/o equipamiento adecuados. Los diferentes ratios relativos a personal sanitario cualificado por habitante son inferiores al resto del país. De acuerdo a la documentación analizada y las fuentes de la Oficina Regional de Salud (Regional Health Bureau -RHB), con anterioridad a la intervención, la red regional de establecimientos de salud dispone de tan sólo 34 matronas especializadas.

De igual forma se evidencia la carencia de una atención cercana a las necesidades y peculiaridades de las comunidades, en particular aquellas nómadas y pastoriles. El escaso personal sanitario especializado en SSR procede de otras regiones del país en su mayoría, no habla afarí y son mayoritariamente hombres. Como resultado, las mujeres embarazadas no acuden a los centros de salud para obtener atención prenatal o asistencia durante el parto. Por tanto, el proyecto responde a esta necesidad concreta, formando personal sanitario especializado en SSR, autóctono en su totalidad y mayormente conformado por mujeres.

El **diseño** es claro, sencillo, se ajusta al propósito del proyecto y se rige por los parámetros del marco lógico, tanto en la lógica vertical como la horizontal.

El objetivo específico contribuye de forma significativa al objetivo global y se enmarca de forma coherente en las prioridades estratégicas de AMREF y los principales actores presentes tanto a nivel nacional como regional.

A grandes rasgos, los resultados son coherentes con el propósito de la intervención. El proyecto se articula en tres resultados, un primero relativo a la cobertura de los servicios de atención obstétrica especializada, un segundo relativo al uso de dichos servicios por parte de la población y un tercero relativo a la mejora del conocimiento institucional sobre el comportamiento en salud de la población afarí y los recursos disponibles en la zona.

Cabe destacar que las acciones planeadas en el marco del resultado primero y tercero son adecuadas y suficientes para su consecución. No así las acciones pertenecientes al segundo resultado, aquellas relativas a la promoción de los recursos de salud en el ámbito comunitario. El proyecto no ha dimensionado acciones que puedan generar un cambio de comportamiento en la población atendida. Aunque las acciones planteadas son idóneas, carecen de un marco de intervención con un carácter integral dirigido a los diferentes factores implicados y no obtienen

---

<sup>7</sup> UNDP (2012), MDGs Acceleration Framework (MAF)

la cobertura necesaria para lograr impactar en la conducta de las mujeres ante el embarazo a nivel regional.

Los indicadores están orientados tanto al resultado como a la actividad y por lo general son coherentes con el aspecto que prevén valorar. Sin embargo, no cuantifican el incremento o progreso previsto y en algunos casos son difícilmente verificables. Esta falta de concreción podría crear algunas dificultades para la valoración del grado de consecución de los resultados planteados, tanto durante la implementación como en la etapa final de la intervención. Este sería el caso del indicador primero del resultado segundo -'nº de personas sensibilizadas'-, donde no se cuantifica la variable relativa al resultado, esta tiene un carácter subjetivo y/o no es fácilmente verificable a través de fuentes primarias o secundarias.

El proyecto mantiene un excelente grado de **coordinación** con otros actores implicados. En marzo de 2010 entra en vigor el acuerdo firmado entre AMREF y el RHB de Afar para la implementación del programa de formación de comadronas en el Centro Universitario de Salud de Samara en el cual se inscribe el presente proyecto. En el programa de formación se hace un énfasis especial en reducir las tasas de morbi-mortalidad infantil y materna. La formación se centra en la promoción de la planificación familiar, el control del embarazo, cuidados prenatales, parto, emergencias obstétricas y del recién nacido y cuidado post natal.

De acuerdo a la documentación analizada y las fuentes consultadas, el proyecto cuenta desde su concepción y a lo largo de su implementación con la participación activa de la Oficina Regional de Salud de Afar y el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de Samara. Lo cual, además de favorecer la eficacia y viabilidad de la intervención, fortalece la adecuación al contexto e idoneidad de las acciones. La firma de protocolos de cooperación y la creación de un comité de seguimiento son prácticas muy positivas con vistas a lograr una mejor articulación de las acciones con las instancias implicadas e inserción en sus programas de actuación.

En cuanto a las cuestiones de **alineamiento** y adecuación al **marco estratégico**, el proyecto y sus acciones se inscriben con coherencia en los tres documentos de referencia relevantes para el sector de actuación en el país: (i) el Plan de Desarrollo del Sector Salud IV (Health Sector Development Plan IV - HSDP IV), (ii) la Estrategia Nacional para la Salud Reproductiva 2006-2015 (National Reproductive Health Strategy – NRHS) y (iii) el Plan para la Aceleración de la consecución de los ODM (MDGs Acceleration Framework - MAF) para el Objetivo número 5 en Etiopía.

El HSDP comienza su implementación en 1997 y el proyecto ha coincidido con su cuarta fase de actuación. El HSDP IV, al ser el cuarto ejercicio quinquenal de planificación realizado en el país, puede considerarse como un plan altamente apropiado, coherente e integrador. Se basa en un análisis profundo de la realidad del país y de los recursos disponibles: contiene un presupuesto detallado por programas, los principales cuellos de botellas, tres escenarios financieros y brecha presupuestaria. Además, ha sido sometido a un intenso proceso consultivo, con la conformación de distintos grupos de trabajo en el que participaron tanto las distintas instituciones competentes en el sector de los distintos niveles administrativos, como comunidades,

organizaciones no gubernamentales y representantes de la sociedad civil, agencias de cooperación y organismos internacionales.

El HSDP IV se articula en torno a cuatro prioridades sectoriales: (i) mejora de la salud materna, (ii) mejora de la salud infantil, (iii) lucha contra las enfermedades contagiosas y (iv) fortalecimiento del sistema de salud. A su vez identifica 13 objetivos estratégicos, alrededor de los cuales se vertebran las intervenciones de los diferentes actores. Estos son: (1) Mejorar la salud. (2) Mejorar el acceso a los servicios. (3) Mejorar la apropiación de la comunidad. (4) Maximizar el uso de los recursos. (5) Mejorar la calidad de los servicios. (6) Fomentar la armonización y el alineamiento. (7) Mejorar el sistema regulatorio. (8) Mejorar la preparación y respuesta a emergencias. (9) Mejorar el suministro y los servicios farmacéuticos. (10) Mejorar la toma de decisión basada en evidencias. (11) Mejorar la infraestructura sanitaria. (12) Mejorar la movilización de recursos. (13) Mejorar el capital humano y el liderazgo. El proyecto se inscribe con claridad en los objetivos estratégicos número 1 y número 13 y se estima que sus acciones están contribuyendo significativamente a la consecución de sus indicadores en la Región de Afar.

Cabe destacar que el HSPD contempla un capítulo especial para las denominadas Regiones Emergentes: Afar, Somali, Benshangul Gumuz y Gambella. El documento señala la prioridad de intervenir en estas regiones y enfatiza en la necesidad de implementar intervenciones adecuadas a las características de la población pastoral o semi-nómada que mayormente puebla estas regiones.

La NRHS 2006-2015 se estructura en dos apartados principales, un primero dedicado a las áreas prioritarias de intervención y un segundo a las estrategias de fortalecimiento del sistema de salud. El objetivo de proyecto se integra en el sector estratégico segundo, salud materna infantil. Asimismo, las acciones apoyarían dos de las cinco estrategias para el fortalecimiento del sistema de salud: (nº2) Respuesta al contexto de diversidad sociocultural y (nº3) Desarrollo de capacidades y RRHH.

La NRHS también identifica la Región de Afar, junto con Somali y Gambela, como una de las zonas prioritarias de intervención y hace mención de la necesidad de adaptar las intervenciones al contexto específico social y cultural de la región.

El MAF está orientado a la aceleración de los procesos iniciados para la consecución de los ODM. Desarrollado por UNDP en 2010, su objetivo es ofrecer una manera sistemática de identificar y priorizar obstáculos que impidan el avance en el logro de las metas de los ODM cuyo progreso este debajo del mínimo necesario para alcanzar la meta en el 2015, así como soluciones de 'aceleración' ante dichos obstáculos. El Ministerio de Salud de Etiopía aprobó en 2013 un plan para la aceleración del avance en la mejora de la salud materna para hacer frente a los escasos logros en las metas del ODM número 5.

Dicho plan, al igual que en las estrategias anteriores, prioriza las regiones de Afar, Somali, Gambella y Benshangul-Gumuz.



## 4.2 Eficacia

A grandes rasgos, dado que las acciones implementadas han logrado o han contribuido a la consecución del objetivo específico y el principal componente de la intervención, es valorado que el proyecto posee un **alto grado de eficacia**.

**Objetivo específico:** *Aumento del uso de los servicios de atención obstétrica especializada y mejora de su cobertura y calidad.*

Indicador de análisis	Comentarios y observaciones	Grado de Eficacia
IOV1.1. % del incremento del uso de los servicios obstétricos en los establecimientos médicos de Afar a los 6 meses de finalizar el proyecto.	Aumento en 4 puntos en el porcentaje de partos asistidos por personal cualificado en centros de salud y hospitales en Afar.	ALTO
IOV 1.2. % del aumento de la cobertura de los servicios obstétricos en Afar a los 6 meses de finalizar el proyecto	Aumento en 23 puntos en el porcentaje de mujeres embarazadas que obtienen atención antenatal (al menos 1 visita).  El número de matronas diplomadas o graduadas adscritas a los centros ha pasado de 34 en 2010 a 104 en 2014.	

Tabla 4: Valoración de Eficacia del Objetivo Específico

De acuerdo a datos ofrecidos por el RHB durante las entrevistas, se ha producido un incremento de 4 puntos en el porcentaje de partos asistidos por personal cualificado en centros de salud y hospitales en Afar, desde un 12% en 2010 hasta el 16% en el 2013. Asimismo, el gobierno regional estima que se ha producido un incremento de 23 puntos en el porcentaje de mujeres embarazadas que obtienen atención antenatal (al menos 1 visita), desde un 23% en 2010 hasta el 46% en 2013. Los datos relativos al primer semestre de 2014 no están disponibles a la fecha.

De acuerdo a las mismas fuentes, el número de personal especializado disponible en los centros de salud ha sido prácticamente triplicado en los últimos 4 años, pasando de 34 matronas en 2010 a 104 en la actualidad.

Todos los actores consultados coinciden en que el incremento en el personal cualificado disponible constituye un factor determinante en la mejora de los indicadores de SSR en la Región. Se valora que la contribución del proyecto es clara y significativa en el incremento en el número de partos atendidos por personal especializado así como en el aumento de la cobertura de la atención antenatal. Sin embargo, la incorporación de las matronas se ha producido de manera progresiva a lo largo del segundo semestre de 2013, por lo que la eficacia de la intervención podrá ser valorada con mayor rigor cuando estén disponibles los indicadores correspondientes a 2014.

**Resultado 1: Aumentada la cobertura y calidad de servicios de atención obstétrica especializada en Afar.**

Indicador de análisis	Comentarios y observaciones	Grado de Eficacia
IOV1.1. Nº de comadronas graduadas al finalizar el proyecto	A la finalización de proyecto 56 de las 60 estudiantes han obtenido el diploma de graduación.	MUY ALTO
IOV 1.2. % de las comadronas graduadas en ejercicio en los establecimientos de salud de la región de Afar 6 meses después de finalizar el proyecto	En el momento de la evaluación el 100% comadronas graduadas están trabajando en la red de centros de salud de la Región de Afar.	
IOV1.3. Nº de instalaciones mejoradas	A la finalización de proyecto 0 instalaciones han recibido equipamiento sanitario.	

Tabla 5: Valoración de Eficacia del Resultado 1

Se considera que la cobertura y calidad de los servicios de atención obstétrica ha mejorado gracias a la incorporación de un número sustancial de personal cualificado en la red de centros de salud de la Región de Afar. La consecución del resultado primero se ha articulado a través de cuatro actividades:

La primera actividad, (A.1.1) *formación de 60 comadronas provenientes de Afar en la SHSC*, se ha vertebrado en dos acciones. Una primera relativa a la provisión de alojamiento, manutención y transporte para los alumnos y una segunda relativa al seguimiento y evaluación del proceso de aprendizaje.

El programa de formación de las comadronas se enmarca dentro del sistema de educación técnica y vocacional (TVET - Technical Vocational Education and Training). El currículo educativo fue preparado por un grupo de expertos del TVET y facilitado por el Ministerio de Educación, el Ethiopia Commodity Exchange Project (ECEP), el TVET y el Ministerio de Salud.

El programa tiene una duración de 3.120 horas lectivas, que son repartidas para formación teórica y práctica. Cada año los alumnos son formados durante 11 meses: 9 meses en clase y 2 meses de prácticas en centros de salud y hospitales.

La supervisión de las prácticas ha sido llevada a cabo por personal adscrito a los hospitales. Las prácticas han tenido lugar en hospitales y centros de salud de la Región de Afar en el primer y segundo año de diplomatura, y en las regiones de Dire Dawa y Harar y en el tercer año. Estos centros cuentan con una mayor tasa de partos hospitalarios, mejores condiciones de equipamiento y formación de recursos humanos. De esta forma, el proyecto ha facilitado una transferencia de conocimiento entre regiones con un mayor desarrollo, Harare y Dire Dawa, del sistema de salud hacia regiones emergentes, como es el caso de Afar.

Cabe mencionar que el desarrollo de las prácticas ha sido bastante desigual con relación al centro en el que el grupos de alumnas era asignado. En algunos casos el volumen de partos u otros servicios de SSR ha sido insuficiente para propiciar un buen aprendizaje práctico del

alumnado. En el extremo opuesto, especialmente en Harare, los servicios médicos están desbordados y fue necesario transferir a parte del alumnado a centros de salud en zonas cercanas. En cuanto al seguimiento y evaluación del proceso de aprendizaje, las fuentes entrevistadas señalan que las actividades se han desarrollado con normalidad y han contribuido de manera sustancial al logro del resultado primero.

El proyecto ha cubierto los gastos de alojamiento y alimentación de los alumnos/as durante los 9 meses de clases y ha distribuido dinero en efectivo durante los 2 meses de prácticas a la finalización de cada año lectivo. Las condiciones de alojamiento de las alumnas deben ser objeto de valoración en futuras intervenciones. Sin olvidar que los dormitorios no están en malas condiciones si los comparamos con estándares del contexto local, debe analizarse la posibilidad de introducir mejoras, especialmente con relación a aspectos tales como ventilación, mobiliario o privacidad.

Con respecto a la segunda actividad, el (A.1.2) *Fortalecimiento de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Samara*, la Escuela Universitaria valora que los insumos entregados son adecuados a sus necesidades, sin embargo la entrega se produjo demasiado tarde para que los materiales y equipos pudiesen ser utilizados por el alumnado. Con fondos del proyecto de la Caixa se compraron y distribuyeron fotocopiadora, impresora, mobiliario (sillas, estanterías, mesas de oficina), frigoríficos para situar en los dormitorios y equipos de aire acondicionado. Durante la visita al centro universitario, se verificó que los equipos están siendo utilizados adecuadamente por la actual promoción de estudiantes (apoyada por fondos alemanes).

La tercera actividad, (A.1.3.) *fortalecimiento del hospital de Dubti y nuevos centros de prácticas con equipos BMOC y otros suministros médicos*, no fue desarrollada. De acuerdo a los documentos consultados, AMREF Etiopía bajo el programa de SSR con fondos de sus financiadores europeos dotó el hospital de Dubti con equipos básicos de emergencia obstétrica.

La partida asignada a esta actividad fue transferida a costes específicos de formación. En el tramo final se desarrollaron actividades alternativas. Estas fueron: (i) formación en emergencia obstétrica, cuidados neonatales y emergencias quirúrgicas para médicos generales y (ii) formación en ultrasonografía y rayos X dirigida a personal técnico sanitario.

Tras solicitud del RHB y en colaboración con los centros hospitalarios de la región se analizaron las necesidades formativas específicas y seleccionaron los candidatos para participar en los cursos. Estos tuvieron lugar en la Universidad de Ciencias de la Salud de Mekelle por un periodo de 4 meses en el caso de los médicos y 1 mes en el caso de los técnicos sanitarios. El personal formado fue apoyado por el proyecto para cubrir sus gastos de alojamiento y manutención.

Durante el trabajo de campo tan solo pudo entrevistarse a uno de los médicos formados. A grandes rasgos, efectuó una valoración positiva de la pertinencia de la actividad, el importe de la beca y el apoyo recibido por el proyecto. Entre los aspectos a mejorar destacó la baja calidad de la enseñanza en la universidad seleccionada y el excesivo número de alumnos que asistieron al curso.

La cuarta actividad se definía como (A.1.4) *apoyo a la asignación de las comadronas a centros de salud y hospitales cercanos a sus comunidades* ha sido clave para el éxito de la intervención. El proceso de solicitud y aprobación de plazas, asignación de candidato/as y puesta en marcha se desarrolló sin particulares y en los tiempos previstos. Los criterios más relevantes se han referido a la necesidad de personal de los centros y cercanía con las localidades de origen (véase en el apartado 4.6 cobertura la distribución de las comadronas en los diferentes centros de salud de la región). En el momento de la evaluación 56 matronas diplomadas desarrollan sus funciones en la red de centros de salud de la Región de Afar

**Resultado 2: Aumentado el uso de los servicios de atención obstétrica especializada del sistema formal de salud en Afar.**

Indicador de análisis	Comentarios y observaciones	Grado de Eficacia
IOV 2.1.Nº de personas sensibilizadas	No ha sido posible establecer el número de personas alcanzadas por las actividades de sensibilización.	MEDIO
IOV 2.2 Nº de TBAs formadas	30 TBAs y 30 HEW han participado en el curso de formación impartido por AMREF	
IOV 2.3 Nº de derivaciones médicas realizadas por las TBAs	A pesar de que los informantes coinciden en que se ha producido un incremento significativo, no ha sido posible establecer el número de derivaciones médicas realizadas por las TBAs	

Tabla 6: Valoración de Eficacia del Resultado 2

Las fuentes entrevistadas concuerdan en que el uso de los servicios de atención obstétrica en los centros y puestos de salud ha aumentado considerablemente en el último año. *A priori*, puede atribuirse que el incremento de la demanda se relaciona con factores tales como la mejora de la percepción de los servicios ofrecidos, una mayor sensibilización de la población, al fortalecimiento del sistema en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos y a un acercamiento y mejor articulación entre los actores tradicionales, en este caso de la mano de las TBAs y el sistema de salud formal, a través de los HEW y el personal sanitario de los centros de salud. Sin embargo, las acciones desarrolladas en el marco del resultado segundo han movilizado recursos muy limitados, no han tenido un carácter regular y sistemático y no han obtenido una cobertura significativa en el ámbito de la región. Además, tanto AMREF como otros actores nacionales e internacionales desarrollan otras intervenciones en el sector de la SSR con intervenciones orientadas a los factores anteriores. Por ello resulta complicado valorar el grado de eficacia en términos de incremento de la demanda o utilización de servicios, es decir, atribuir que los cambios en este sentido a las acciones del proyecto. Por tanto, no se considera pertinente valorar la efectividad de las actividades en términos de variación del número de personas atendidas en los centros de salud.

La primera actividad preveía el desarrollo de (A.2.1) *sensibilizaciones comunitarias sobre la importancia de una atención obstétrica especializada en los centros de salud y el papel de las TTBA*. De acuerdo a la formulación, el objetivo de esta actividad es informar y sensibilizar a las comunidades sobre la importancia de la atención obstétrica especializada y el papel de las TTBA como vínculo entre las comunidades pastoralistas y el sistema de salud formal. La metodología propuesta comprendía técnicas de promoción de la salud comunitaria con un enfoque participativo y adaptadas al contexto social y cultural.

A pesar que las parteras parecen mantener una relación fluida con los agentes de salud comunitarios (HEW y TTBA) y con las propias comunidades, no se han encontrado evidencias de que las sensibilizaciones se hayan desarrollado como se preveía inicialmente. La causa más probable es la salida de los recursos humanos adscritos al proyecto en el periodo en el que se preveía incidir en el ámbito comunitario.

La segunda actividad se refería a la (A.2.2) *formación de TBA en salud materno infantil, erradicación de las prácticas tradicionales nocivas y sistema de referencia médico*. De acuerdo a las fuentes consultadas, se desarrolló una única actividad formativa de 3 días de duración en uno de los woredas, en Burimudayla, y contó con la participación de 35 TBAs y 25 HEW.

El evaluador considera que la actividad tuvo una calidad elevada. La selección de los contenidos es pertinente, se corresponde con la temática de intervención y provee de herramientas útiles y adecuadas a las capacidades de los participantes. La metodología se adaptó a las dificultades en lectoescritura de los participantes, no contempló herramientas de evaluación del aprendizaje pero sí de valoración de las sesiones. Las participantes recibieron 800 BR en efectivo a modo de viático y apoyo para el transporte. Los registros de actividad reflejan una excelente asistencia y las participantes entrevistadas valoran muy positivamente la metodología y contenidos propuestos.

Una vez finalizada la actividad de formación, los Kits fueron entregados a la Oficina de Salud del Woreda para que estos se encargasen de su distribución a las TTBA. Dos de las TTBA entrevistadas señalan que no llegaron a recibirlo; se desconocen las circunstancias o las razones. Es recomendable que este tipo de equipos y suministros deben ser entregados *in situ* durante el desarrollo de las capacitaciones. De esta forma, por una parte se posibilita su inserción en la metodología formativa favoreciendo un aprendizaje orientado a la práctica, se potencia la motivación e implicación del alumnado durante las sesiones, y por último, se favorece la total transparencia y eficacia en su distribución.

En el mismo resultado, se contemplaba la (A.2.3) *implantación de un sistema efectivo de referencia médica de las TBA a los centros de salud y hospitales*. La evaluación no ha conseguido valorar de manera exhaustiva la implantación del sistema de referencia, su cobertura o las acciones que han sido llevadas a cabo. En uno de los puestos de salud visitados, la HEW mostró las fichas de seguimiento familiar, que incluyen información relativa a la SSR de sus integrantes femeninos en edad reproductiva. Sin embargo, no se ha logrado identificar el vínculo entre este

cuaderno y la propia intervención. Por lo tanto, no es posible valorar la eficacia con relación a este componente del proyecto.

La cuarta y última actividad, (A.2.4.) *establecimiento de servicios de ambulancia y outreach*, fue suspendida tras valoración debido a su escasa viabilidad económica e institucional. El evaluador estima acertada esta decisión. A pesar de que las fuentes gubernamentales consultadas consideran que aunque el transporte sanitario es necesario, cuando son inquiridas sobre su viabilidad, no parecen contar con la infraestructura, suministros, personal y recursos financieros necesarios para su mantenimiento.

**Resultado 3:** *Mejorado el conocimiento sobre los comportamientos de salud de la población de Afar y servicios de salud obstétrica disponibles en la región.*

Indicador de análisis	Comentarios y observaciones	Grado de Eficacia
IOV 3.1. Nº de estudios publicados y diseminados	El proyecto no ha apoyado de manera directa la publicación o diseminación de ningún estudio.	MEDIO
IOV 3.2 Nº de prácticas replicadas	En la actualidad, AMREF con el apoyo de su contraparte alemana ha iniciado una segunda fase de la intervención con la formación de 60 matronas en la Región de Afar. AMREF está encaminando los primeros pasos para replicar el proyecto en la Región de Somali.	

Tabla 7: Valoración de Eficacia del Resultado 3

La evaluación no ha valorado de forma específica la gestión del aprendizaje o la replicabilidad del proyecto, dado que no se encontraba entre los criterios establecidos en los TdR. Se estima adecuado y positivo que la matriz de planificación incluya un resultado orientado a estos fines y plantee una serie de actividades. A continuación se valora la eficacia con relación a las mismas:

La primera y segunda actividad, (A.3.1) *Estudio médico-antropológico y revisión de los datos de mortalidad materna* y (A.3.2) *Estudio de las necesidades de los servicios de obstetricia en los centros de salud y hospitales de la región* no han sido desarrolladas.

Las actividad tercera (A.3.3) *reunión de coordinación anual* está orientada a la valoración del proceso de implementación y articulación de los roles y responsabilidades de los actores. Las fuentes consultadas afirman que se han producido sin particulares, sin embargo no se ha tenido acceso a agenda, planes de trabajo, minutas u otro tipo de documentación ofrezca información sobre su desarrollo e impacto.

Cabe destacar la participación de AMREF, a través del coordinador de proyecto, en la Health Task Force de la Región de Afar. Se trata de un espacio en el que tienen lugar los esfuerzos para el alineamiento, coordinación y búsqueda de sinergias entre actores. Este comité es coordinado por el responsable de la RHB y cuenta con la participación de técnicos de otras oficinas de

gobierno (educación, asuntos de la mujer, finanzas), representantes de Unicef, UNDP, AMREF Etiopía y Save the Children.

En cuanto a la cuarta actividad, (A.3.4.) *Apoyo técnico al RHB para que continúe el programa de formación*, el proyecto ha dado los pasos adecuados para que el programa continúe tras la finalización de la financiación. En el momento de la evaluación, 104 estudiantes cursan el primer curso de la diplomatura en el SHCS, gracias al apoyo de la RHB, AMREF Etiopía, AMREF Alemania y Unicef.

Por último, el presente documento responde a la actividad quinta, (A.3.5) *Evaluación externa final*.

### 4.3 Eficiencia

De forma general, la **intervención posee grado de eficiencia muy alto**. Destaca la ligereza de la estructura de personal, la excelente articulación y coordinación con los estamentos gubernamentales, la autonomía de la contraparte africana y la consecuente ausencia de personal expatriado implicado en la implementación. Como aspectos limitantes se incluyen algunas demoras sobre el cronograma previsto y algunas imprecisiones en la ejecución presupuestaria.

Atendiendo al alcance del criterio, para el análisis de la eficiencia del proyecto la presente evaluación se centra en los siguientes aspectos: la disponibilidad de medios (económicos y humanos), la ejecución de actividades, y los mecanismos de gestión articulados.

En cuanto a los **recursos financieros**, se considera que la distribución del presupuesto general del proyecto está bien equilibrada. Considerando los fondos destinados a los costes directos, el proyecto ha ejecutado un 72,2% en las actividades específicas de formación y 7,04% en gastos en equipos y suministros. El 20,04% restante ha sido empleado en personal y funcionamiento principalmente. El análisis de estos porcentajes indica una buena relación entre los gastos generados por la propia actividad y que repercuten directamente sobre los titulares de derechos y aquellos relativos al mantenimiento de la estructura que soporta el proyecto.

En cuanto a las partidas, se estima que en su mayoría están bien dimensionadas. Sin embargo, en la siguiente fase deberá valorarse el incremento de la asignación para cubrir gastos de manutención y alojamiento de los alumnos (A.1.1.a Provisión de formación, alojamiento, manutención y transporte durante los dos cursos), especialmente si se contempla un desplazamiento a otra región para desarrollar el periodo de prácticas. En el primer año de diplomatura, correspondiente a la fase anterior del proyecto, se distribuyeron 1.200 BR, 600 BR cada mes del periodo de prácticas. Durante la reunión de evaluación a la finalización del año lectivo los/as alumnos/as demandaron un incremento de dicha cantidad. Consecuentemente, los alumnos recibieron durante el periodo de prácticas del segundo curso 1.600 BR (800 BR por mes). En el tercer curso dicha cantidad fue modificada de nuevo, incrementándose a 3.000 BR (1.500 BR por mes), debido a que en este último periodo de prácticas los alumnos fueron trasladados a

centros de otras regiones de Etiopía. Las diferentes fuentes entrevistadas han señalado que dicha cantidad continúa siendo insuficiente para cubrir la totalidad de los gastos derivados de las estadías. Las alumnas entrevistadas apuntan que la mayoría ha subsistido gracias al esfuerzo de sus familias y aconsejan elevar dicha cantidad hasta al menos 4.000 BR.

Por otra parte, a grandes rasgos y salvo algunas desviaciones, el proyecto ha respetado los montos asignados a cada partida presupuestaria. La tabla a continuación resume la ejecución presupuestaria por partidas de los fondos provenientes de la Fundación La Caixa.

PARTIDAS	PRESUPUESTO FLC	TOTAL EJECUTADO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	% SOBRE LO EJECUTADO
<b>COSTES DIRECTOS</b>				
A.I. Identificación y formulación	1.800,00	758,48	42,14%	0,46%
A.II. Terrenos/ inmuebles	100,00	0,00	0,00%	0,00%
A.III. Construcción / rehabilitación	1.250,00	0,00	0,00%	0,00%
A.IV. Equipos y suministros	11.900,00	11.503,17	96,67%	7,04%
A.V. Personal local	19.766,00	20.046,97	101,42%	12,27%
A.VI. Personal expatriado	0,00	0,00	0,00%	0,00%
A.VII. Costes específicos de formación	111.870,00	119.038,08	106,41%	72,85%
A.VIII. Funcionamiento	13.600,00	12.053,30	88,63%	7,38%
A.IX. Viajes, dietas y alojamientos	4.000,00	0,00	0,00%	0,00%
A.X. Evaluación	2.114,00	0,00	0,00%	0,00%
A.XI. Auditorías externa	1.000,00	0,00	0,00%	0,00%
<b>TOTAL COSTES DIRECTOS</b>	<b>167.400,00</b>	<b>163.400,00</b>		
<b>COSTES INDIRECTOS</b>				
Gastos gestión ONG española	12.600,00	12.600,00		
<b>TOTAL COSTES INDIRECTOS</b>	<b>12.600,00</b>	<b>12.600,00</b>		
<b>TOTAL EUROS</b>	<b>180.000,00</b>	<b>176.000,00</b>		

Tabla 8: Ejecución presupuestaria (fuente informe final - anexo económico)

De forma general, el proceso de ejecución presupuestaria en terreno entre mayo de 2011 y diciembre del 2013 muestra una implementación creciente, dentro de un proceso lógico. El proyecto arranca con normalidad, dentro del periodo previsto. El primer año registra una ejecución presupuestaria en terreno inferior a 40.000 euros. Se trata de una cantidad reducida, principalmente debido a la suspensión y/o aplazamiento de las actividades que se desarrollan fuera del marco universitario y de los procesos de adquisición de equipamiento. En el segundo año se acelera el ritmo de implementación, especialmente en el último mes de 2012 y el primer trimestre de 2013, coincidiendo con el último periodo de prácticas de los alumnos y la compra de equipamiento y mobiliario. El gráfico a continuación muestra el proceso temporal de ejecución presupuestaria.



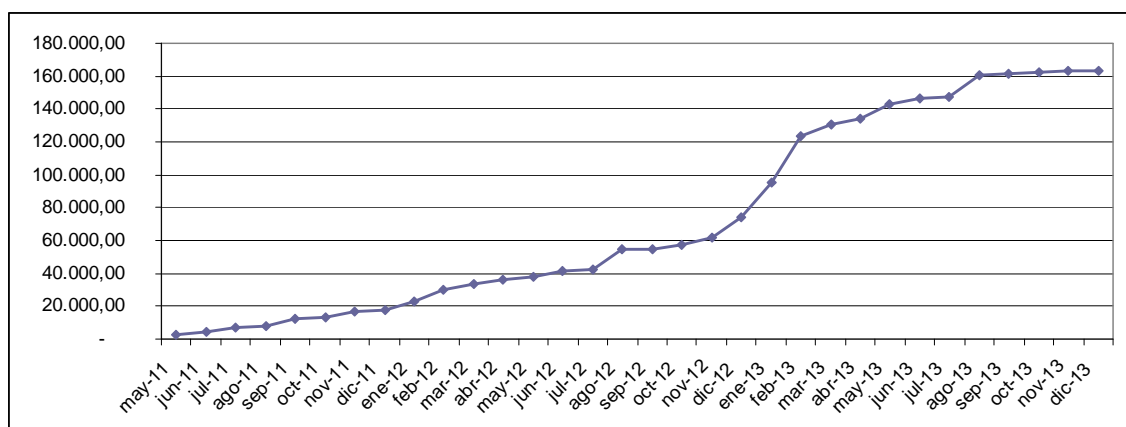


Gráfico 1: Ejecución presupuestaria de costes directos mes a mes (fuente informe final - anexo económico)

Los **procedimientos de compra y/o contratación** (redacción de TdR o especificaciones técnicas, búsqueda o recepción de ofertas, valoración, adjudicación y contratación o compra) se desarrollan en Addis Abeba, en la Oficina Nacional de AMREF Etiopía. De acuerdo a la documentación revisada, estos se han llevado a cabo con agilidad, transparencia y de acuerdo a los criterios de la organización y el marco legal del país.

Los procedimientos de compra de materiales y equipos no han generado dificultades, no así la contratación de servicios externos; este fue el caso de la sub-actividad (A.2.1.c) *formación del profesorado en metodología didáctica*, que no se desarrolló aduciendo dificultades para encontrar personal cualificado dispuesto a desplazarse a la Región de Afar.

Por otra parte, el proyecto transfiere fondos al SHSC para costear el alojamiento y manutención de las alumnas durante el periodo lectivo. Durante los periodos de prácticas, el SHSC distribuye efectivo para que estas costeen el transporte, alojamiento y manutención. En futuras fases de intervención sería recomendable desarrollar un mayor apoyo y supervisión al centro universitario en la ejecución de dichos fondos.

En cuanto a los **Recursos Humanos**, uno de los puntos fuertes de la intervención se refiere a la sencillez y ligereza del organigrama del equipo de gestión en terreno. La intervención desarrolla su implementación a través de una Oficina Regional en Afar y la supervisión y gestión logística y financiera en la oficina país en Addis Ababa. La presencia de una oficina local de la contraparte africana en la Región de actuación y la experiencia previa en coordinación, articulación e implementación de proyectos con las autoridades locales ha facilitado que un equipo reducido gestione con eficacia una intervención que se desarrolla en una amplia área geográfica.

Un aspecto a destacar se relaciona con la suficiente capacidad técnica de la contraparte africana y la consecuente ausencia de personal expatriado permanente en terreno. La supervisión y monitoreo se desarrolla a través de visitas del personal técnico de la Fundación AMREF España. Se trata de un aspecto que favorece la eficiencia de la intervención dado que elimina una línea presupuestaria que acostumbra a ser elevada en el marco de la cooperación española.

El proyecto se ha desarrollado en su totalidad con (1) coordinador de proyecto y (1) oficial de proyecto y el apoyo de (1) conductor. Además se ha contado con apoyo del personal de Oficina

Nacional en Addis Abeba. Para ello, el proyecto ha previsto aportaciones a los salarios de algunas figuras clave en la implementación en la Oficina Nacional: Responsable de Programas y Administrador Contable. Por otra parte, en el centro universitario, se han financiado (3) profesores a tiempo completo y (3) profesores a tiempo parcial.

La gestión de recursos humanos engloba la redacción de TdR, contratación, pago de nóminas, formación y supervisión, y se centraliza en la Oficina Nacional en Addis Abeba. La tabla salarial se sitúa ligeramente por encima de la utilizada por el gobierno y por debajo del contexto de las organizaciones internacionales presentes en el país. Se valora positivamente este aspecto, encontrar personal cualificado en Afar es complicado y el desplazamiento de personal procedente de otras regiones debe contemplar un incentivo económico.

#### 4.4 Impacto

De manera general, se estima que **la intervención tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los titulares de derechos.**

El camino hacia la SSR tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil. El término salud sexual y reproductiva tiene su origen en la ‘Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas’ (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por SSR, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados.

De manera que el género además de definir la asignación de papeles a hombres y mujeres, define también el tipo de relación que existe entre ambos. El sistema de organización social establece una jerarquía de poder de un género sobre otro, de forma que, aquellos rasgos o actividades asociadas a los hombres gozan de mayor valorización y reconocimiento social, frente a las asociadas a las mujeres que tienen menos valor o carecen de él; también analiza cómo es la asignación en el control y administración de los recursos privados y públicos, mayor en los hombres y prácticamente inexistente en las mujeres en lo que concierne a los recursos públicos, lo que sumerge a estas en una subordinación global.

Por otra parte, la posición desigualitaria en relación al poder entre las mujeres y los hombres, en este caso en la sociedad afarí, tiene repercusiones tanto en a la capacidad para transformar la realidad social, como para decidir cuestiones que afectan tanto a la SSR individual, como a la de la población en general. La falta de poder de las mujeres derivada de su posición de subordinación en la sociedad supone una serie de riesgos para su salud y que sus derechos sean vulnerados. Además implica que tengan pocas oportunidades a la hora de intervenir en la vida pública y en el poder político donde se toman las decisiones sobre las políticas de SSR.

A pesar de que la intervención no ha contemplado acciones que se dirijan de forma específica al fortalecimiento, capacitación o sensibilización de estructuras organizativas o titulares de derechos en cuanto a las cuestiones de género, la intervención provocará un impacto positivo en la calidad de vida de mujeres y niñas gracias a un mayor acceso a los servicios de SSR. Es decir, un mayor contacto entre las mujeres afaríes y el sistema de salud formal, ofrecerá una alternativa a la práctica tradicional que, además de poner en riesgo su salud, sitúa a la mujer en una situación de inferioridad con relación al hombre.

Un aspecto a retomar en futuras acciones será la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF). La prevalencia de la MGF entre niñas entre 0 y 14 años se estima sobre el 23% en el conjunto de Etiopía y sobre un 60% en la Región de Afar<sup>8</sup>. Además en Afar se da todavía con bastante frecuencia la MGF tipo III o infibulación, en la cual se extirpa clítoris, labios menores y mayores. La prevalencia de estas prácticas continúa siendo alarmante a pesar de los esfuerzos de los actores gubernamentales y no gubernamentales a través de campañas de sensibilización y la introducción de medidas punitivas en la legislación vigente.

A la hora de valorar el impacto del proyecto sobre la MGF, hemos de tener en cuenta que se ha introducido esta temática de manera transversal en los procesos formativos, y por tanto, aunque contribuye a la sensibilización y formación de los participantes, no es suficiente para generar un cambio de actitudes y comportamientos que realmente repercuta en una disminución significativa de las prácticas nocivas en la zona de actuación. El papel de las TBAs está muy arraigado en el tejido social y cultural afarí. Cualquier intervención encaminada a la erradicación de la MGF y otras prácticas nocivas relativas a la SSR ha de mantener una perspectiva integral y debe contar con el compromiso y participación activa de los diferentes actores en niveles gubernamentales, administrativos, tradicionales y comunitarios.

Un posible **colectivo desfavorecido** debido al impacto de la intervención puede ser el conformado por las propias TBAs. Una TBA acostumbra a cobrar entre 50 y 100 BR por sus servicios de asistencia durante el parto y una cantidad ligeramente inferior por lleva a cabo servicios relativos a la MGF. Las TBAs todavía llevan a cabo la mayoría de asistencias durante los partos. A pesar del limitado tamaño de la muestra, durante las entrevistas se ha constatado que en el último mes las TBAs declaran haber asistido entre 12 y 20 partos, mientras las matronas han asistido entre 4 y 10 partos. Se trata de una figura muy arraigada en las comunidades afaríes. Sin embargo, los cambios en la legislación y las diferentes acciones de prevención llevadas a cabo por el gobierno y actores no gubernamentales pueden poner en peligro las vías de generación de ingresos de estas mujeres. A pesar de los esfuerzos por incluir esta figura en el sistema de referencia y fortalecer su vínculo con el sistema de salud formal, las acciones de proyecto deben conllevar en el medio y largo plazo una disminución considerable de la demanda de los servicios de las TBA en las comunidades, y por tanto, repercutir de manera negativa en la capacidad de generación de ingresos de estas mujeres.

---

<sup>8</sup> UNDP (2012) Ethiopia MDGs Report 2012, Addis Ababa, Ethiopia

Por otra parte, las acciones desarrolladas en el marco académico han repercutido en un **fortalecimiento de las capacidades** del SHCS para formar profesionales sanitarios. También el centro ha adquirido competencias para desarrollar labores relativas para la implementación, seguimiento y justificación de proyectos con financiación externa. En el momento de la evaluación 104 alumnas se encuentran cursando el primer curso de los estudios de la diplomatura creada. En esta segunda fase de intervención el SHSC (Samara Health Science College) recibe financiación de AMREF Alemania y Unicef.

También puede repercutir en una mayor relación entre el entorno académico y las administraciones regionales y distritales. La necesidad de coordinación y articulación entre SHSC y RHB desde la selección de candidatos, durante el proceso de formación y desarrollo de prácticas, hasta la asignación de plazas para las alumnas diplomadas, ha provocado una evolución desde una comunicación coyuntural inicial hasta espacios de coordinación más estables y productivos.

#### 4.5 Cobertura

El proyecto ha conseguido formar y posicionar de forma sostenible personal cualificado en 26 centros de la red de servicios de salud de la Región de Afar. La intervención ha fortalecido la capacidad de recursos humanos para la atención de SSR de 26 instalaciones que ofrecen cobertura a una población aproximada de 390.000 personas. Por tanto, se valora el proyecto ha obtenido un **grado de cobertura muy alto**.

De acuerdo al documento de formulación, los beneficiarios directos son definidos como aquellos que son objeto de apoyo por parte de la intervención, y los beneficiarios indirectos son las habitantes de las áreas de acción en las que el primer grupo distribuye sus servicios.

A la hora de valorar la cobertura, es tenido en cuenta el segundo grupo, que ya que es el objeto final del efecto de la intervención.

Beneficiarios Directos			Beneficiarios Indirectos		
Descripción	Número	% de mujeres	Descripción	Número	% de mujeres
Estudiantes de la diplomatura de comadronas	60	60%	Mujeres en edad reproductiva	332.640	100%
Profesores de la diplomatura de comadronas	7	33%	Niños menores de 5 años	280.000	44%
Parteras tradicionales	30	100%	Estudiantes de enfermería de SHCH	109	80%
Personal del RHB de Afar y Departamentos de Salud de los Woredas	35	50%	Comunidades pastorales	4500	44%*

Tabla 9: Descripción de beneficiarios (fuente: memoria de proyecto - reformulación 4.3)

En Afar residen aproximadamente 1.400.000 personas en un territorio de XX m<sup>2</sup>. De acuerdo a las estimaciones del Plan de Actuación Distrital de 2010/11 anexo al HSDP IV, en Afar habitarían aproximadamente 367.810 mujeres en edad reproductiva, y el número de embarazos anuales estimados asciende a 58.640.

El sistema de salud distingue tres niveles en la organización de los recursos de salud con base a su dimensión, cobertura y tipo de servicios. El primer nivel está conformado por los hospitales primarios, los centros de salud y puestos de salud y conforma una unidad de salud primaria (Health Primary Care Unit – HPCU) y comparten un sistema de referencia. En el segundo y tercer nivel se situarían hospitales generales y hospitales especializados respectivamente.

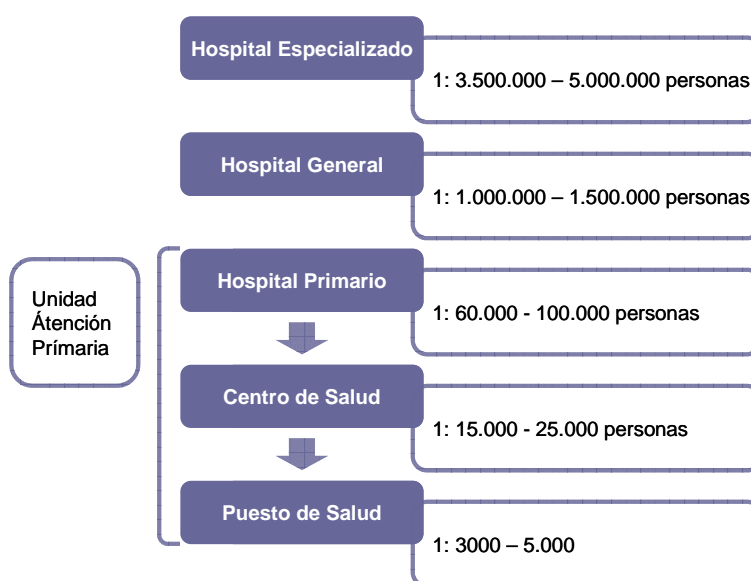


Gráfico 2: Categorización de Recursos en Sistema de Salud de Etiopía

En el marco de implementación de la HSDP IV, los recursos de atención médica y sanitaria han crecido considerablemente en la Región de Afar. El Plan de Actuación Regional del HSDP IV incluye la construcción de 39 nuevos centros, que junto con los 57 existentes, conformarían una red de 96 centros para atender a la totalidad de la población de la Región.

De acuerdo a información suministrada por la RHB, en el momento de la evaluación la red de Salud consta de 5 hospitales y 76 centros de salud y 274 puestos de salud. En la práctica, una parte importante de estos recursos no son todavía operativos, bien debido a la falta de personal cualificado a cargo de sus servicios, o bien, debido a la falta de equipamiento y suministros médicos. Durante la evaluación, no ha sido posible obtener una estimación válida del número de recursos operativos y la cobertura real de los mismos en cuanto a la atención en SSR a la población.

De acuerdo a información suministrada por el RHB Afar sostiene que con anterioridad al proyecto evaluado, 34 matronas trabajaban en los centros hospitalarios y centros de salud de la

Región, lo cual vendría a arrojar un ratio de 1:41.176, el más bajo del país. De acuerdo a la misma fuente, en la actualidad el número de matronas ascendería a 104 (incluyendo las matronas apoyadas por el proyecto), obteniendo un ratio próximo a 1:13.462.

El proyecto ha logrado situar 56 matronas en la red de centros y hospitales del sistema de salud de la Región de Afar. Por tanto, la intervención ha contribuido a aumentar de forma significativa el ratio relativo al personal sanitario responsable de los servicios de SSR.

Por tanto, tal como muestra la tabla a continuación, es posible concluir que el proyecto ha provocado un incremento significativo en la cobertura de los servicios de atención en SSR en la Región de Afar.

N	Localización	Mujeres en edad reproductiva	% ASBA 2010	Nº de matronas
1.	Abaala	8.242	1%	6
2.	Adaa	11.619	0%	2
3.	Afambo	5.242	0%	1
4.	Afdera	6.998	2%	1
5.	Amibara	13.745	19%	3
6.	Argoba	4.734	2%	6
7.	Awash	6.468	18%	2
8.	Awra	7.677	33%	0
9.	Ayssaeta	10.255	13%	5
10.	Berahle	17.129	1%	2
11.	Bidu	13.777	0%	1
12.	Bureimodaytu	6.905	2%	1
13.	Chifra	19.785	12%	2
14.	Dalifage	7.853	3%	0
15.	Dalul	18.230	4%	0
16.	Dewe	9.199	5%	2
17.	Dulecha	4.493	2%	1
18.	Dubti	14.188	24%	1
19.	Elidar	17.268	40%	3
20.	Erebty	7.871	35%	1
21.	Ewa	10.252	0%	0
22.	Gewane	6.082	13%	1
23.	Gulina	10.816	3%	4
24.	Hadela-ela	7.658	3%	0
25.	Koneaa	11.767	24%	3
26.	Kori	4.733	0%	0
27.	Megale	6.105	1%	0
28.	Mile	20.154	23%	4
29.	Semuroby	6.954	0%	1
30.	Telalak	8.246	0%	2
31.	Teru	1.6367	0%	0
	Total	320.812		56

Tabla 10: Distribución de Matronas en Woredas de la Región de Afar

En segunda instancia, el grado de cobertura de las acciones planteadas en el marco del segundo resultado sería más limitado. Dichas acciones son el desarrollo de formaciones dirigidas a TBA y HEW que desarrollan su oficio con anterioridad al proyecto. En la práctica, el proyecto ha intervenido en un único woreda, desarrollando una actividad formativa puntual de 3 días de

duración dirigida a 30 TBA y 30 HEW. Al margen de la valoración de la eficacia o impacto de este tipo de acciones, el grado de cobertura no es comparable al obtenido por el grupo de actividades orientadas al resultado primero.

Por último, cabe mencionar que la intervención excluye los territorios ocupados por la población de etnia Issa, originaria de la Región de Somali. La evaluación no ha llevado a cabo un análisis detallado de la cobertura con relación a la variable etnia, sin embargo, se puede concluir que los kebeles beneficiarios son ocupados mayoritariamente por la etnia Afar y otras procedentes de regiones más septentrionales. Los órganos de gobierno regionales tienden a excluir los asentamientos Issa por entender que se encuentran fuera de su territorio y con vistas a controlar los movimientos migratorios entre las Regiones de Afar y Somali.

La articulación de la intervención con las instancias gubernamentales y su adecuación a las políticas regionales y estatales son aspectos evaluados como muy positivos. No obstante, ha dejado en el camino un sector minoritario de la población que permanece con un acceso restringido a servicios básicos.

#### 4.6 Viabilidad

En el momento de la evaluación, y de manera general, se estima que **los resultados esperados serán sostenibles**. La intervención es adecuada a los factores étnicos y culturales, se inscribe en el marco de las políticas y estrategias nacionales y regionales, se articula con las instancias gubernamentales competentes, ha movilizado recursos financieros para su mantenimiento, no contempla el uso de tecnología ajena al contexto local y no prevé impactos negativos significativos sobre el medioambiente.

La intervención ha tenido en cuenta **aspectos étnicos, sociales y culturales** tanto en sus etapas de identificación y formulación como en la propia implementación. Los afar son una etnia africana, mayoritaria en la región de Afar, que ocupan la franja de desierto que se extiende en la zona oriental de Etiopía y las zonas aledañas de Eritrea y Yibuti. Un factor clave para la viabilidad de la intervención se refiere a la introducción de origen étnico y residencia como criterios en la selección de los estudiantes formados. Una mayoría matronas formadas son personas de la etnia afarí y conocen las costumbres y lenguas locales.

Como se menciona previamente, con anterioridad a la intervención, el sistema de salud tan sólo contaba con 34 matronas para toda la Región de Afar. Aunque no ha sido posible precisar el origen étnico y cultural de las mismas, las fuentes consultadas señalan que en su mayoría proceden de otras regiones del país y no hablan las lenguas locales. La accesibilidad a los recursos de salud no sólo se veía reducida por la escasez de personal sanitario, también por la lejanía cultural entre el mismo y la población atendida.

Por tanto, como menciona el apartado de pertinencia, uno de los pilares básicos del mérito de la intervención se refiere a su capacidad para formar recursos humanos locales en un proceso que ha involucrado tanto a estructuras administrativas como comunitarias alcanzando áreas remotas y tradicionalmente abandonadas por el gobierno central.

Con relación a los aspectos **económicos y financieros**, *a priori* no se identifican amenazas específicas a la viabilidad de la intervención. Etiopía aprobó una estrategia de financiamiento de salud en 1998 que preveía una amplia gama de iniciativas y reformas. La implementación de estas fue legalizada a través de las legislaciones regionales y en línea con marcos de aplicación prototipo que se modificaron y alinearon dentro de los contextos regionales específicos. En 2004 comienza la implementación en las regiones de Amhara y Oromia y ha ido ampliándose a otras regiones salvo Afar y Somali. La estrategia reconoce que los servicios de salud deben financiarse a través de múltiples vías y mecanismos para asegurar la sostenibilidad en el largo plazo. Las reformas introducidas incluyen: sistemas de gestión de ingresos por servicios prestados, la sistematización un sistema de exención de cuotas para personas con bajos ingresos, estandarización de servicios y tarifas, la introducción de alas privadas en hospitales públicos, la externalización de servicios no clínicos, etc.

La Región de Afar está dando los primeros pasos para la aplicación de reformas similares en su sistema de financiación de los servicios de salud. El actual crecimiento de infraestructuras, equipamientos y recursos humanos se está viendo acompañado por mayores necesidades de financiación. El mantenimiento del compromiso del gobierno central y actores internacionales y la implementación progresiva de un sistema sostenible de financiación pública a nivel regional serán aspectos clave en la sostenibilidad de los resultados de esta y otras intervenciones orientadas al fortalecimiento del sistema de salud.

En cuanto a los **aspectos políticos e institucionales**, AMREF Etiopía trabaja en Afar desde sus inicios en el país, y en el momento actual mantiene una oficina en Samara y una oficina de campo en Awash. De acuerdo a las fuentes consultadas, se trata de una organización integrada con los actores gubernamentales, las administraciones distritales y la estructura organizativa tradicional.

Como se comenta en apartados anteriores, el proyecto y sus acciones se inscriben con coherencia en los tres documentos de referencia relevantes para el sector de actuación en el país: (i) el Plan de Desarrollo del Sector Salud IV (Health Sector Development Plan IV - HSDP IV), (ii) la Estrategia Nacional para la Salud Reproductiva 2006-2015 (National Reproductive Health Strategy – NRHS) y (iii) el Plan para la Aceleración de la consecución de los ODM (MDGs Acceleration Framework - MAF) para el Objetivo número 5 en Etiopía.

El HSDP es la línea directriz que guía sector de la sanidad en Etiopía. El HSDP define los distintos niveles de provisión de asistencia sanitaria y las competencias y metas de cada uno de ellos, entre los cuales cabe destacar un apartado específico para las ONGs como AMREF, en el que se reconoce explícitamente el papel que puede jugar la sociedad civil en el asesoramiento técnico y desarrollo de las capacidades del sector de la sanidad en Etiopía.



La propuesta surge como respuesta a la demanda de las autoridades locales y el propio Centro Universitario de Ciencias de la Salud de Samara. En este sentido, un aspecto positivo se refiere al sentido de pertenencia que los actores implicados poseen sobre el proyecto. Tanto el SHSC como el RHB asumen un alto sentido de pertenencia y corresponsabilidad sobre el proyecto y han mostrado una elevada implicación. Una práctica positiva se refiere a la firma de acuerdos y/o protocolos de colaboración de forma previa y la creación de un comité de seguimiento. Ambos instrumentos son elementos que favorecen la implicación de los diferentes actores desde el proceso de identificación hasta el cierre de proyecto, que además de potenciar un buen entendimiento de los actores y una mayor eficacia, favorece la articulación e inserción de las acciones en el marco institucional, y por tanto, una sostenibilidad de los resultados y facilidades para de replicar las acciones.

Se echa en falta una mayor participación del alumnado en los espacios y mecanismos de toma de decisiones y supervisión. Sería adecuado plantear en próximas fases la posibilidad de incluir representantes de los estudiantes en el comité de seguimiento del proyecto.

Por último, se valora que el compromiso asumido por la matrona para permanecer en la plaza asignada por un periodo de 5 años<sup>9</sup> es una práctica eficaz para garantizar estabilidad de los recursos humanos formados.

La presente evaluación no ha llevado a cabo un análisis exhaustivo de la **perspectiva de género** asumida por el proyecto. Sin embargo, dado el sector de intervención, la sostenibilidad de los resultados pasa necesariamente por la adecuación de las acciones a las necesidades específicas de la mujer.

Las comunidades africanas de intervención presentan una sociedad muy patriarcal en la que existen diferencias significativas en cuanto al estatus económico y social de hombres y mujeres, perpetuando el trato preferencial para los hombres, especialmente en lo que se refiere a educación y oportunidades económicas. Hombres y mujeres se implican en la labor productiva, sin embargo existen claros patrones de género en cuanto a la división de tareas domésticas y labores de generación de ingresos. Generalmente, la mujer se encarga de búsqueda y acarreo de agua, preparación de productos para su venta, cuidado y educación de los hijos/as y labores domésticas.

Durante las entrevistas, se dejó constancia de que las mujeres afaríes presentan una gran resistencia a asistir a revisiones médicas o a ser atendidas durante el parto por personal masculino sanitario. En este sentido, la adopción de medidas de acción positiva como la inclusión de la variable género en la selección de candidatos para cursar los estudios ha sido un acierto. Al inicio de proyecto, el criterio académico -haber completado los estudios de enseñanza secundaria-, fue suavizado para posibilitar un mayor acceso de las mujeres en el proceso de formación de matronas. De esta forma, mientras que para los candidatos masculinos se exigió haber completado el 10º curso, algunas candidatas fueron seleccionadas con estudios completados hasta 8º curso. Las notas exigidas a las mujeres fueron menores que las aplicadas a los candidatos masculinos.

---

<sup>9</sup> En el informe final se menciona que este compromiso es de 9 años, de acuerdo a la RHB, el periodo establecido es de 5 años.

De esta forma, el proyecto ha formado y asignado plazas de matronas con una mayor proporción de mujeres. Este hecho se relaciona con una mayor eficacia y viabilidad de los servicios que se distribuyen en las comunidades.

Se trata de una práctica positiva que ha tomado más peso en la segunda promoción de estudiantes. En la actualidad, los 104 estudiantes presentan una proporción de 98 mujeres y 6 hombres.

Por otra parte, no se contemplan **factores técnicos** que amenacen la viabilidad de las acciones. Se ha aplicado tecnología sencilla y adecuada al entorno, fácilmente replicable con recursos locales y a bajo coste, lo que permite a las autoridades de la región y al SHSC hacerse cargo del mantenimiento de los equipos y materiales adquiridos una vez concluida la ayuda externa.

Por último, dada la naturaleza de las actividades, el presente proyecto para el equipamiento y mejora del centro de formación de comadronas en la región de Afar, no presenta ninguna incidencia negativa sobre el **medioambiente**.

## 5. Recomendaciones y Lecciones Aprendidas.

Se contemplan las siguientes lecciones aprendidas y recomendaciones:

- (i) La intervención tiene una vocación relativa al desarrollo institucional y fortalecimiento de capacidades, especialmente en su etapa anterior. Siguiendo las recomendaciones de la evaluación intermedia, en la segunda fase se introduce un componente ligado a la salud comunitaria con vistas a potenciar el aumento de la demanda de servicios de SSR especializados en las comunidades. *A priori* se considera que la introducción de este componente es altamente pertinente. Un enfoque integral potencia las sinergias positivas y maximiza el impacto de las intervenciones. Sin embargo, a la hora de articular los diferentes componentes, en el proyecto no se dimensionan recursos materiales, humanos o técnicos de manera adecuada, no hay una programación sistemática y, consecuentemente el efecto y la cobertura de las acciones de ‘sensibilización’ son claramente insuficientes. El proyecto debe dimensionar su intervención de acuerdo su capacidad de implementación y gestión del equipo en terreno, delimitando los posibles componentes de intervención a la capacidad local para así ganar en calidad y eficacia y no perder cobertura e impacto.
- (ii) Las condiciones de alojamiento de las alumnas en el SCHC deben ser objeto de valoración en futuras intervenciones. Sin olvidar que los dormitorios no están en malas condiciones si los comparamos con estándares del contexto local, debe analizarse la posibilidad de introducir mejoras, especialmente con relación a aspectos tales como ventilación, mobiliario o privacidad.
- (iii) En futuras intervenciones deberá valorarse el incremento de la asignación para cubrir gastos de manutención y alojamiento de los alumnos, especialmente si se contempla un desplazamiento a otra región para desarrollar el periodo de prácticas.
- (iv) Las prácticas han tenido lugar en hospitales y centros de salud de la Región de Afar en el primer y segundo año de diplomatura, y en las regiones de Dire Dawa y Harar y en el tercer año. Se valora de manera positiva el esfuerzo del proyecto para facilitar una transferencia de conocimiento entre regiones con un mayor desarrollo, Harare y Dire Dawa, del sistema de salud hacia regiones emergentes, como es el caso de Afar. Sin embargo, las prácticas no han ofrecido en todos los casos unas buenas condiciones de aprendizaje y supervisión. En futuras intervenciones es recomendable revisar el proceso de prácticas en los centros hospitalarios, prestando atención a aspectos tales como personal encargado de la supervisión y el tamaño de los grupos de alumnas.

- (v) Sería recomendable incluir instrumentos para la evaluación tanto de los diferentes componentes del programa lectivo como otros aspectos como los materiales, el alojamiento o la manutención, por parte de los alumnos.
- (vi) Las acciones dirigidas a promover un cambio de comportamiento deben ser ejecutadas a un largo plazo, y a su vez necesitan de herramientas adecuadas para realizar un seguimiento de los avances conseguidos, con el objeto de adaptar la estrategia a las necesidades de la población y contexto. Un componente de 'sensibilización' debe contemplar la producción de líneas base a través de estudios KAP (Knowledge Attitude and Practice) con muestras amplias y el cuidado a las cuestiones de fiabilidad estadística.
- (vii) Asimismo, las acciones anteriores, también deben contemplar una mayor participación comunitaria. Desde las intervenciones debe promocionarse la implicación de los titulares de derechos y sus representantes y/o estructuras organizativas, desde la fase de identificación hasta la evaluación. Por tanto, debe potenciarse un alto grado de empoderamiento de la comunidad persiguiendo que la misma asuma un papel protagonista en su propio proceso de cambio. En este proceso deben tomarse en cuenta las particularidades del tejido social comunitario de las comunidades africanas atendiendo a sus rasgos culturales y religiosos. Se debe prestar especial importancia tanto al sistema gubernamental como al tradicional, ya que el liderazgo en la comunidad es ejercido tanto por las figuras tradicionales y religiosas como por las indicadas por la administración. Cualquier iniciativa de desarrollo comunitario debe conocer y tener en cuenta el sistema de organización tradicional y sus principales elementos, fortaleciendo así la validez de los procesos de toma de decisiones y acuerdos de índole comunitaria.
- (viii) La formación y desarrollo de capacidades y competencias de las TTBA y HEW tienen un peso escaso en la intervención. El proceso de formación implementado podrían mejorar su calidad, eficacia y viabilidad si se integrasen con mayor claridad en planes formativos que aportasen estructura y cohesión para conformar procesos a medio o largo plazo. Sería pertinente elaborar documentos de programación sencillos que incluyesen capítulos tales como: (i) objetivos de formación, (ii) contenidos seleccionados, (iii) criterios de selección de participantes, (iv) consideraciones metodológicas, (v) perfil de formadores, (vi) agenda y cronograma de talleres, (vii) material educativo adaptado, (viii) método de evaluación del aprendizaje, (ix) valoración y *feedback* sobre las sesiones y (x) certificación.
- (ix) Los procesos formativos deben tener en cuenta el perfil de sus participantes, procurar trabajar con grupos relativamente homogéneos y deben limitar el tamaño de los grupos a un número que permita la participación activa de los participantes.
- (x) También es recomendable que los kits para atención de partos que recibieron las TBA deben ser entregados *in situ* durante el desarrollo de las capacitaciones. De esta forma,

- (xi) De acuerdo a la documentación analizada y las fuentes consultadas, el proyecto cuenta desde su concepción y a lo largo de su implementación con la participación activa del RHB y SCHC. Lo cual, además de favorecer la eficacia y viabilidad de la intervención, fortalece la adecuación al contexto e idoneidad de las acciones. La firma de protocolos de cooperación y la creación de un comité de seguimiento son prácticas muy positivas con vistas a lograr una mejor articulación de las acciones con las instancias implicadas e inserción en sus programas de actuación. Como recomendación, se observa la idoneidad de integrar representantes de los alumnos en el comité de seguimiento al proyecto para así mejorar los mecanismos de participación de los titulares de derechos.
  
- (xii) El proyecto ha hecho énfasis en la gestión local y desarrollo de capacidades de los socios. Los mecanismos de ejecución compartidos y participación activa de contraparte, RHB y SCHC constituyen la mayor oportunidad para el desarrollo de capacidades y fortalecimiento organizativo. Asimismo supone un factor crucial para la viabilidad de los resultados tras la retirada del flujo de ayuda. El fortalecimiento de la capacidad para formar profesionales sanitarios de estructuras estables y sostenibles como el SCHC constituye un gran valor añadido del proyecto.
  
- (xiii) La descentralización parcial en la ejecución presupuestaria ha constituido un factor clave para posibilitar la implementación de las actividades; provee de una mayor autonomía al equipo en terreno y los socios de proyecto, una mayor capacidad de planificación y ejecución, provoca una mayor motivación y sentido de pertenencia del proyecto. No obstante, es necesario establecer mecanismos de supervisión que otorguen una mayor transparencia en el gasto cuando se transfieren fondos a organismos gubernamentales como la RHB o el SCHC.
  
- (xiv) El proyecto presente podría poseer alto grado de replicabilidad, referida a su capacidad para generar conocimientos o modelos de intervención capaces de ser utilizados provechosamente en otras actuaciones o procesos en ámbitos similares. Con vistas a trasladar las lecciones aprendidas, es crucial obtener un buen conocimiento del contexto, prestando especial atención a las condiciones previas necesarias para la implementación y factores de viabilidad, especialmente con respecto a las particularidades del público meta, y el contexto social, cultural, económico y político. El proyecto ha generado conocimientos, metodología o prácticas que pueden ser utilizados provechosamente en otros proyectos, actuaciones o procesos en ámbitos similares. Sería de especial utilidad la creación de un manual de implementación de proyecto que facilite su réplica en otras regiones emergentes de Etiopía.

## **6. ANEXOS**

- 1. Términos de Referencia.**
- 2. Oferta Técnica.**
- 3. Matriz de Evaluación.**
- 4. Directorio de informantes consultados.**