



Programa de Formación de Comadronas en la Región de
Afar, Etiopía.

Informe de Evaluación Intermedia

Joan Anton Tubau.
Marzo / Abril 2011.

<u>Índice</u>	
Índice	2.
Agradecimientos	2.
Lista de Acrónimos.	3.
1. Resumen Ejecutivo.	4.
1.1 El Proyecto.	
1.2 Términos de Referencia de la Evaluación.	
1.3 Metodología.	
1.4 Conclusiones	
1.5 Recomendaciones.	
2. Introducción	5.
2.1 Contexto	
2.2 Detalle y cronología del Proyecto	
3. Marco de la Evaluación	11.
3.1 Limitaciones	
3.2 Objetivos	
3.3 Metodología	
4. Resultados de la Evaluación.	13.
4.1 Pertinencia / Adecuación.	
4.2 Eficacia.	
5. Conclusiones y Recomendaciones	27.
5.1 Conclusiones.	
5.2 Recomendaciones.	

Agradecimientos

Todas las personas entrevistadas para la producción de esta evaluación han tenido una predisposición muy positiva y generosa y sobretodo paciente. Sin la información e opiniones expresadas por todos ellos el análisis que contiene este informe seria mucho menos profundo y útil.

Mi agradecimiento particular a Anna Gallego y Abdu Bedru por su total disponibilidad durante el trabajo de campo en Afar y por compartir sus conocimientos y su pasión por Afar y sus gentes.

Lista de Acrónimos

AMREF	African Medical Research Foundation.
AVF	Africa Viva Fundacion.
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo.
CIA	Central Intelligence Agency.
CSA	Central Statistical Agency.
DHS	Demographic and Health Surveys.
EPRD	Ethiopian People´s Revolutionary Democratic Front.
EFY	Ethiopian Financial Year.
FMoH	Federal Ministry of Health.
HEW	Health Extended Worker.
HSDP	Health Sector Development Plan.
MDG	Milenium Development Goals
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Economicos.
RHB	Regional Health Bureau.
RH	Recursos Humanos.
TBA	Tradicional Birth Atendants.
UNDP	United Nations
WHO	World Health Organization.

1. Resumen Ejecutivo

1.1 El Proyecto.

Esta evaluación se refiere al proyecto “Programa de Formación de Comadronas en la Región de Afar, Etiopia”, financiado por la Fundación La Caixa, gestionado técnicamente por África Viva Fundación y AMREF- España e implementado sobre el terreno por AMREF – Etiopia en colaboración con el Afar Regional Health Bureau.

La zona de ejecución del Proyecto son las cinco zonas de la Region de Afar en el norte de Etiopia.

La financiación solicitada y concedida por la Fundación La Caixa es de 100.000 Euros y corresponde a los costes totales de la ejecución del primer año de proyecto. El coste total de los tres años de intervención del proyecto asciende inicialmente a 253.567,32 Euros.

Los beneficiarios directos que se determinan en la propuesta del proyecto son las 60 comadronas diplomadas que el Proyecto pretende formar durante un periodo de tres años.

Los objetivos del proyecto tal como se determinan en la propuesta inicial son:

Objetivo general:

- Reducir la incidencia de morbi-mortalidad infantil y materna, potenciando las capacidades de las estructuras sanitarias a través de la formación de personal sanitario y ampliando las zonas de asistencia.

Objetivos específicos:

- Aumentar la cobertura sanitaria en la región de Afar mediante la formación de personal sanitario (comadronas) y su adscripción a los establecimientos de salud de la región.

Resultados esperados:

- 60 comadronas capacitadas y en ejercicio en los establecimientos de salud de la región de Afar
- Fortalecida las escuelas de enfermería de la facultad de ciencias de las salud de Samara mediante el equipamiento del centro.

La duración del proyecto se fija en un total de tres años de los que en el momento de la presente evaluación se concluye la ejecución del primero. En el punto 4 del presente informe se detalla y explica la cronología del primer año de ejecución.

1.2 Términos de Referencia de la Evaluación.

La evaluación tras el primer año de ejecución del proyecto es un requisito de la Fundación La Caixa y contemplado en la memoria de proyecto aprobada inicialmente.

Por otro lado AVF y AMREF- España, consideran importante hacer un ejercicio de reflexión sobre el marco general del proyecto y su ejecución que permita sacar recomendaciones y lecciones aprendidas que en la medida en que se consideren relevantes puedan ser incorporadas al periodo restante de ejecución del proyecto.

La evaluación se centrara en dos objetivos generales:

1. Evaluar la pertinencia inicial del proyecto
2. Evaluar al final del primer año de implementación, la eficacia, entendida como el nivel de cumplimiento de los componentes del proyecto de acuerdo a los objetivo y calendario establecido en el cronograma del proyecto

1.3 Metodología.

La evaluación se ha desarrollado en tres fases cada una de ellas con un recorrido metodológico específico.

Fase de información y preparación

- Entrevistas con la dirección de AVF
- Revisión de la documentación del proyecto disponible
- Revisión de documentación referida al contexto general de Etiopia y Afar
- Formulación de los Términos de Referencia.

Fase de trabajo sobre el terreno

- Entrevista con la dirección general de AMREF en Etiopia.
- Entrevista con la coordinación Regional de AMREF en Afar.
- Entrevista con la representante de AMREF-España en Etiopia.
- Grupo de discusión Focal semi estructurado con los beneficiarios del proyecto.
- Entrevistas en profundidad con todos los stakeholders clave del proyecto.

Fase de análisis y elaboración del informe de la evaluación.

- Revisión de la documentación recopilada durante la visita a terreno
- Preparación del borrador del informe final
- Socialización
- Ajustes versión final
- Presentación a la Fundación La Caixa, África Viva Fundación y AMEF- España.

2. Introducción

2.1 Contexto.

2.1.1 Contexto de Etiopia.

Geografía y Población.

La Republica Federal de Etiopia se sitúa al Noroeste del continente africano donde ocupa una extensión de aproximadamente 1,104,300 Kilómetros cuadrados.¹

Comparte fronteras con Djibouti, Eritrea Sudan Kenya y casi 1,600 Km. con la volátil Somalia. Las cifras de población según las fuentes suelen ser contradictorias y oscilan entre los 74,000.000 del censo Nacional de 2007 y los casi 90, 000.000 de la estimativa del CIA World factbook. En cualquier caso Etiopia se encuentra entre los tres países mas poblados de África y el 13º mas poblado del mundo.

La población de Etiopía es extremadamente joven con un 46,3 % de la población menor de 14 años y una media de edad de 16.8 años. La tasa de natalidad es la sexta mayor del mundo con 42.99 nacimientos / 1000 habitantes estimados para 2011.²

De acuerdo al censo de 2007, el país es uno de los menos urbanizados del mundo con solo el 17% de la población viviendo en entornos urbanos.

La tasa de fertilidad según el HSDP varía entre los 6.4 y los 5.4 nacimientos por mujer y de nuevo según algunas fuente esta se habría reducido en 1 nacimiento por mujer en los últimos 20 años.³

¹ CIA World Factbook

² CIA World Factbook

Las mujeres en las áreas rurales continúan teniendo 3 hijos más que las mujeres en las ciudades. La esperanza de vida se sitúa alrededor de los 56.19 años lo que supone uno de las mas bajas del mundo (197)⁴ ; El HSDP considera que la estimación de la reducción de la esperanza de vida en los últimos 10 años debido al impacto del VIH / SIDA podría situarse alrededor de una perdida de 4.6 años

Contexto Socio-Económico.

Etiopia es un país federal desde la aprobación de la constitución de 1994. Se divide en nueve Estados Regionales y dos ciudades administrativamente autónomas.

Las regiones y ciudades administrativas están compuestas por una subdivisión de 800 Woredas o distritos administrativos. La Woredas son la unidad administrativa básica de una administración descentralizada gestionada por consejos administrativos elegidos en el ámbito de cada Woreda. Las Woredas están subdivididas en aproximadamente 15.000 Kebeles todos ellos formados por unas 500 familias o aproximadamente 3.500 – 4.000 personas.

A pesar del crecimiento de los últimos años, que por ejemplo en 2008 se situó en el 11,6% y que en 2010 se estima alrededor del 7%⁵, Etiopia continua siendo uno de los países mas pobres de África.

El 39% de la población vive con menos de 1 Usd por día⁶ y el producto interior bruto per capita anual se sitúa alrededor de los 1000 Usd, lo que supone el puesto 214 de una lista de 229 países. El 85% de la población trabaja en labores agrícolas y solo un 5% lo hace en la industria.

El Índice de Desarrollo humano de Etiopia se sitúa en el 0.328 lo que sitúa a Etiopía en el puesto 157 del mundo y muy por debajo de la media Africana que es del 0.389. La tasa de alfabetización de la población adulta se situa en un 35.9 %.⁷

Salud de la Población y Sistema Sanitario.

“Con un 85% de la población viviendo en areas rurales, el acceso a la salud en Etiopia es un desafío complejo y difícil para el Sistema de Salud Etiope. La población de Etiopia presenta unas tasas de morbilidad y mortalidad muy altas y el estado de su salud general es muy pobre.” Esta afirmación tan transparente y rotunda del HSDP se refleja claramente en alguno de los principales indicadores de salud de Etiopia.

La mortalidad entre los menores de 5 años en etiopia es del 123/1000⁸. El 20% del total de las muertes de menores de 5 años se deben a complicaciones peri natales como la sepsis y la asfixia. La Mortalidad materna es del 673/100,000⁹. Solo el 6% del total de los partos cuentan con la atención de personal sanitario formado.

Aproximadamente 35% de los menores de 5 años presentan alguna forma de desnutrición.

El 23 % de las muertes en menores de 5% en 2008 se debieron a enfermedades diarreicas y sus complicaciones.¹⁰

La malaria continua siendo la enfermedad infecto contagiosa mas prevalerte y en 2007 provoco el 12% de todas las consultas médicas en Etiopia.

La incidencia de la TB continua siendo muy alta con una tasa del 341/100.000 mientras que la mortalidad debida a la enfermedad se sitúa en el 73/100.000 muy por encima de la media Africana fijada en el 50/100.000.¹¹

³ Health Sector Development Program

⁴ CIA World Factbook

⁵ CIA Worl Factbook

⁶ UNDP

⁷ UNDP

⁸ Federal MInstery of Health

⁹ DHS 2005.

¹⁰ WHO

¹¹ WHO

En 1997 el gobierno de Etiopia formulo un plan integral de desarrollo de la atención en salud llamado Health Sector Development Plan (HSDP). El elemento central de este plan era la descentralización de la gestión del sistema a los niveles básicos de la atención. El Ministerio y los Regional Health Bureaus se centran en las políticas generales y de programas, mientras que los funcionarios de las Woredas manejan las decisiones y los recursos a nivel de atención primaria.

El sistema de tres niveles se compone de Unidades de Salud Primaria formadas por 5 Puestos de Salud con una población diana de 5.000 personas, 1 Centro de Salud de referencia para cinco Puestos y un Hospital de referencia para aproximadamente 4 Centros de salud o 100.000 de personas. Hospitales Generales o de referencia para una población aproximada de 1.000.000 de personas y 1 hospital de tercer nivel para cada 5.000.000 de personas.¹²

Contexto Político.

Etiopia representa la excepción en la historia reciente de África y ha mantenido a lo largo de su historia su independencia de los poderes coloniales con la excepción de un periodo corto de ocupación italiana entre 1936-41.

A mitades de los años 70, un golpe de Estado derribo el Régimen del Emperador Haile Selassie e implanto un régimen militar de inspiración comunista conocido como The Derg. En 1991 la coalición opositora, Ethiopian People's Revolutionary Democratic Front, derroto el régimen autoritario, promovió una nueva constitución que fue aprobada en 1994, celebro unas elecciones en 1995 y finalmente firmo un tratado de paz con Eritrea que puso fin a la guerra.

En la actualidad Etiopia constituye un actor clave en el escenario político de la región donde juega un papel predominante reconocido tanto como por la comunidad africana como por la comunidad internacional en general. Etiopia es un aliado clave de los EEUU en la región y mantiene un perfil particularmente alto en el conflicto de Somalia.

Situada en una región particularmente volátil del planeta y rodeada por los conflictos de Sudan, Eritrea y Somalia, Etiopia continua recibiendo oleadas de refugiados que huyen de esos conflictos.

Etiopia no esta exenta de conflictos internos provocados por el pulso que mantienen con el Estado grupos insurgentes con aspiraciones nacionalistas o independentistas como en el caso de Afar y Somlia.

La política interna etiope gira alrededor del principio de *Revolutionary Democracy* que defiende que el Estado y el EPRD son el motor de desarrollo y el foro de debate de la construcción democrática. No son pocas las voces que defienden que el sistema esta adoptando formas perversas de subordinación de los individuos a los mecanismos de autoridad del Estado. Las elecciones de Mayo 2010 en las que el EPRD obtuvo un 99.6% de los votos son para muchos un ejemplo de déficit democrático.

¹² HSDP IV

2.1.2 Contexto de Afar.

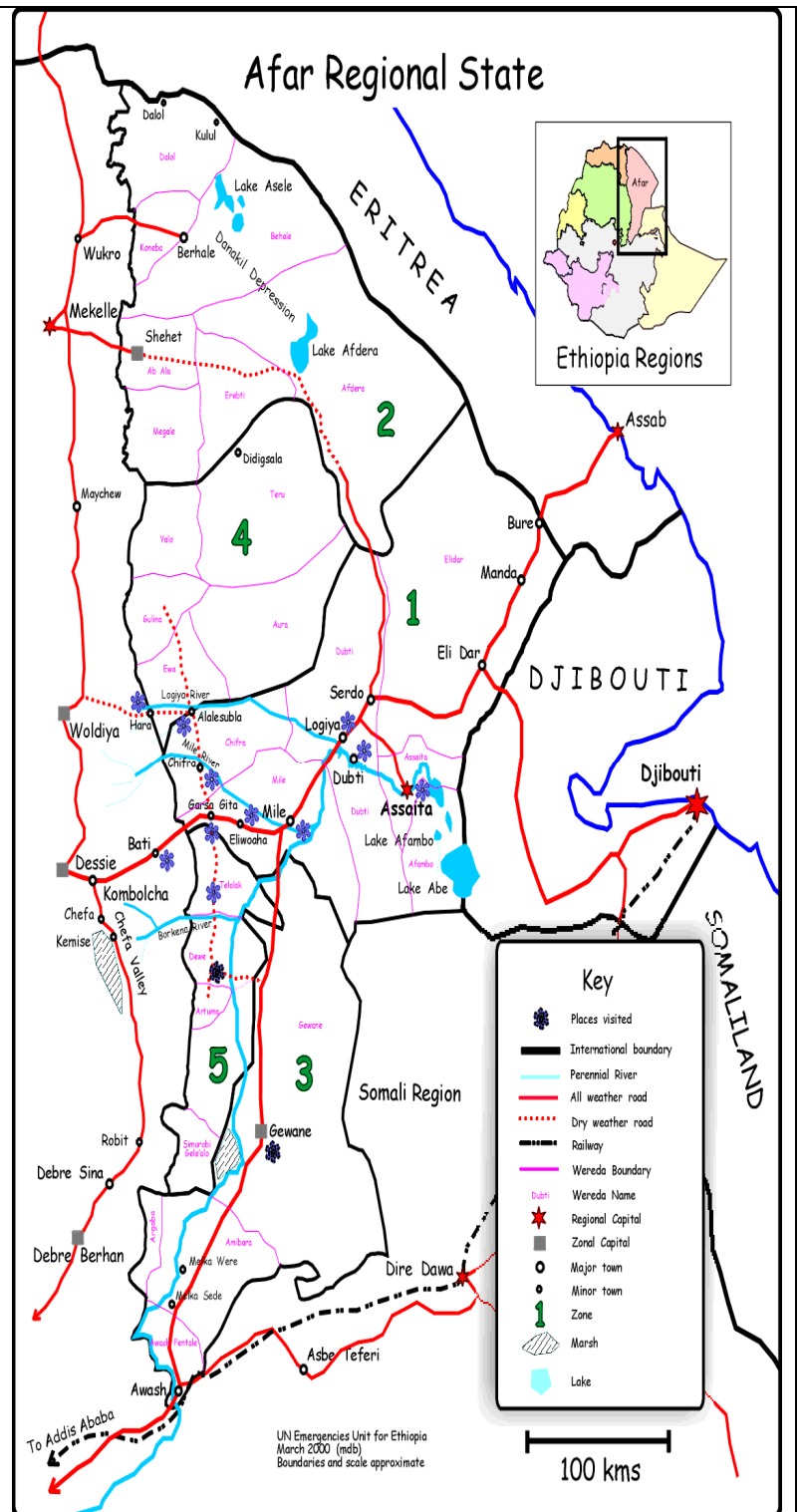
Los Afar son una sociedad de pastores nómadas que viven en un entorno desértico y cuya economía y estilo de vida se determina por el ciclo de la escasa lluvia y la constante búsqueda de agua y pastos para el ganado que constituye la base de su economía y alimentación.

En condiciones normales, su patrón de asentamiento geográfico es seminómada, ya que solo los hombres jóvenes se mueven con los rebaños en busca de pastos y agua mientras las mujeres y los niños mantienen una residencia fija.

La sociedad Afar es compleja y básicamente segmentada, articulada alrededor de líneas de descendencia patriarcales que se constituyen a su vez de manera superpuesta en familias, linajes, clanes y tribu. Esta sociedad segmentada y la condición nómada y pastoralista de sus gentes no son impedimento para la existencia de una estructura política centralizada que durante la historia ha dado origen a varios Sultanatos en Afar.

Actualmente los Afar viven a caballo de tres países en el cuerno de África, Djibouti, Eritrea y Etiopia. Es en Etiopia y más concretamente en la Región Nacional de Afar donde esta población continua viviendo de acuerdo a sus costumbres ancestrales arraigadas en un modo de vida seminómada y pastoralista.

La Región Nacional de Afar tiene una extensión de 270.000 kilómetros cuadrados y una población de 1.411.092 habitantes de los cuales solo un 13, 4% vive en un entorno urbano. El 90.5% de la población es de origen étnico Afar y el 95.6% de culto musulmán.¹³



¹³ CSA 2007.

Los Afar mantienen una conciencia manifiesta de nacionalidad en los tres países en los que viven, y en todos ellos de una forma u otra mantienen un conflicto con etapas latentes en ocasiones y manifiestas en otras con los Estados por razones de identidad nacional.

A finales de los 60 Afar empezó a ser el destino de mano de obra procedente de otras regiones de Etiopía y que buscaba empleo en alguno de los proyectos de desarrollo que se beneficiaron del agua del río Awash. La construcción de la carretera entre Addis y Asab supuso también un impulso económico para la región y atrajo muchos colonos procedentes del resto del país.

Las consecuencias de esta situación fueron un aumento de la desconfianza con la que los Afar percibían a los Habasha¹⁴. Los proyectos de desarrollo necesitaban el agua y la tierra que son de vital importancia en el modo de vida Afar lo que generó situaciones de confrontación. Por otro lado el desarrollo de la Región tenía solo un relativo interés para los Afar y su forma tradicional de vida que encontraba pocos alicientes en una transformación de la que ellos quedaban al margen.

Paulatinamente los Habasha fueron ocupando posiciones de importancia en la administración de la Región y en particular en los centros urbanos en los que se instalaban los servicios públicos, como por ejemplo la salud, y que fueron mayoritariamente ocupados por colonos de otras regiones que no entendían el Afar y que en muchas ocasiones consideraban su estilo de vida tradicional contraproducente para el desarrollo.

Los Afar mantienen un conflicto político importante con el clan de los Issa originarios de Somalia. Este conflicto se explica por las similitudes en el modo de vida y la economía de ambos grupos lo que genera una competencia feroz por los recursos escasos. En la actualidad los Issa ocupan una porción importante de territorio en Afar lo que genera una importante tensión que en muchas ocasiones y potenciado por la enorme cantidad de armas en manos de unos y otros, desemboca en cruentos enfrentamientos armados que pueden provocar numerosas víctimas.

Cualquier Afar pertenece en primera instancia a una familia extendida o Bura, un conjunto de Buras ligadas por un mismo ancestro forman un linaje o Dalla. Diversos Dalla unidos por un misma línea patriarcal forman un clan o Gulub y estos a su vez se juntan por motivos y dinámicas más políticas que de linaje para formar un Kedo.

La estructura política tradicional y la propia del Estado etíope, en muchos casos se solapan y entrelazan ya que los órganos administrativos a nivel de Woreda y Kebele salen, teóricamente de la elección directa lo que en muchos casos significa que los elegidos salen de los Dedos y Gulubs de esas circunscripciones.

La situación general de la salud en Afar es precaria y en muchos casos presenta indicadores generales muy por debajo de la media de Etiopía.

El sistema de información en salud no puede considerarse fiable ya que en términos generales la cobertura general no llega al 40% y solo la mitad de las estructuras de salud reportan convenientemente sus estadísticas; dicho esto, la mortalidad materna supera ampliamente la media de Etiopía con una tasa del 720/100.000 y la mortalidad entre los menores de 5 años prácticamente dobla la media del resto del país con una tasa del 229/100.000.

El sistema de salud de Afar presenta, junto a Somalia, los peores indicadores del país en relación a las estructuras de salud recomendadas por el HSDP y en particular a la distribución de profesionales de la salud.

En Afar un médico atiende a 98,258 personas mientras que en Addis la proporción es de un médico por cada 3,056 personas. En Afar hay un especialista por cada 491,288 habitantes mientras que la media del país es de 1 por cada 77,735 habitantes. La tasa de enfermera por habitante, con 1 por cada 7,967 habitantes es la mejor de entre todos los profesionales de la salud ya que “solo” dobla la de la media del país. El ejemplo más paradigmático de esa escasez

¹⁴ Hoy en Afar se utiliza este término para referirse a cualquiera que provenga de Etiopía o Eritrea.

de profesionales de la salud lo constituyen las comadronas, en el último informe del FMOH de EFY 2001 no constaba ninguna comadrona en las estructuras sanitarias de Afar.

2.2 Detalle y Cronología del Proyecto.

África Viva Fundación y AMREF- España cuentan con una larga experiencia de trabajo en salud en Etiopia. Durante más de diez años han gestionado y apoyado técnicamente intervenciones a través de socios locales y colaboraciones con las autoridades de salud en diversas Regiones del país y en particular en Afar.

De esta experiencia proviene su conocimiento del contexto de Afar, de las necesidades de la población de las autoridades de la Región y de las organizaciones que actúan sobre el terreno.

El proyecto al que se refiere esta evaluación nace de la colaboración entre AVF y AMREF-España con la ONG internacional AMREF- Etiopia.

AMREF-Etiopia es miembro de AMREF internacional y es operativa en Etiopia desde 1998. En la última década AMREF-E ha aumentado considerablemente el volumen de sus operaciones en Etiopia pasando a desarrollar en la actualidad 22 proyectos en 4 Regiones del país. En Afar AMREF-E ejecuta 8 proyectos y cuenta con una oficina Regional permanente en Awash.

La estrategia general de AMREF-E en el país se sustenta sobre tres pilares fundamentales:

- *Community Partnering*
 - Promover la participación de las comunidades en los procesos que les afectan en particular relacionados con su salud colectiva.
- *Capacity Building*
 - Fortalecer el desarrollo del sistema de salud tanto desde una perspectiva técnica como organizacional
- *Health System Research*
 - Generar y reproducir evidencia que promueva mejoras tanto estratégicas como institucionales.

AMREF-E no es una organización médica asistencial y a pesar de que en momentos concretos opte por cubrir lagunas concretas de la atención con recursos propios su estrategia persigue fortalecer la capacidad del Estado de dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Por esta razón AMREF-E mantiene un constante dialogo con el Federal Ministry of Health y las autoridades de salud de las diversas regiones, los Regional Health Bureaus.

En Afar AMREF-E desarrolla 8 proyectos en el ámbito del WASH, Prevención y Control de la Malaria y la salud Materno infantil.

El proyecto “Programa de Formación de Comadronas en la Región de Afar, Etiopia” se enmarca en el ámbito de salud materno infantil y mas concretamente en eje de *Capacity Building*.

A mitades de 2009 AVF y AMREF-España deciden desarrollar y presentar a La Fundación “ La Caixa” el proyecto para la formación de 60 comadronas en la Región de Afar.

La lógica del proyecto responde a la ambición de dotar con recursos humanos cualificados y locales a los Centros de Salud de la región para así incidir sobre la reducción de la mortalidad materno-infantil

Los objetivos del proyecto tal como se fijan en la propuesta inicial son :

Objetivo general:

- Reducir la incidencia de morbi-mortalidad infantil y materna, potenciando las capacidades de las estructuras sanitarias a través de la formación de personal sanitario y ampliando las zonas de asistencia.

Objetivos específicos:

- Aumentar la cobertura sanitaria en la región de Afar mediante la formación de personal sanitario (comadronas) y su adscripción a los establecimientos de salud de la región.

Resultados esperados:

- 60 comadronas capacitadas y en ejercicio en los establecimientos de salud de la región de Afar
- Fortalecida las escuelas de enfermería de la facultad de ciencias de las salud de Samara mediante el equipamiento del centro.

El proyecto es aprobado por la Fundación “ La Caixa” y posteriormente se firma el acuerdo entre el Departamento Regional de Prevención de Desastres y Seguridad Alimentaria que le concede el marco legal apropiado para poder iniciar la ejecución del proyecto.

En Marzo de 2010 se seleccionan los 60 candidatos idóneos para cursar la diplomatura de Comadrona y las clases empiezan en Abril.

Es importante recalcar que el proyecto aprobado y el presupuesto concedido por la Fundación “La Caixa” corresponden únicamente al primer año de ejecución de un proyecto diseñado con una duración de tres años.

El componente troncal del proyecto alrededor del cual giran todas sus actividades es la formación de los 60 estudiantes de la diplomatura de comadrona. Las clases empezaron en Marzo de 2010. El curso consta de 11 meses de formación, 9 meses de clases teóricas y 2 meses de prácticas en el Hospital de Dubti.

Al finalizar los meses de formación teórica el hospital de Dubti no podía acoger a los alumnos en práctica así que el periodo de prácticas se retraso hasta inicios de Marzo. Durante el periodo en el que se deberían haber cursado las practicas, los estudiantes cursaron los primeros 2 meses de formación teórica correspondiente al segundo año.

En el momento en el que se desarrollo la fase de trabajo de campo de esta evaluación, los alumnos habían concluido los 9 meses de formación teórica del primer año, 2 meses correspondientes al segundo año de formación teórica y estaban haciendo las practicas correspondientes al primer año en el hospital de Dubti.

3. Marco de la Evaluación.

3.1 Limitaciones

El periodo al que se refiere esta evaluación corresponde con el primer año de ejecución de un proyecto que se desarrollará a lo largo de tres años. Este hecho no corresponde estrictamente con un factor limitante, pero si constituye un elemento determinante a la hora de fijar la profundidad de algunos de los elementos de análisis en el marco de la evaluación.

A pesar de la enorme disponibilidad de los miembros de AMREF Etiopía y España sobre el terreno y de su habilidad para organizar y coordinar de la forma más eficiente posible las diferentes actividades necesarias para llevar a cabo el trabajo sobre el terreno, al final el tiempo ha sido justo. Se han abordado suficientemente los elementos claves de la evaluación y se ha podido recabar las opiniones e impresiones de todos los stakeholders primordiales como para educar las conclusiones referentes a los objetivos de la evaluación.

De haber contado con mas tiempo se hubiera podido robustecer el análisis de necesidades sentidas en el ámbito de las comunidades así como el entendimiento de las realidades de las poblaciones mas rurales que pueden tener un efecto sobre la lógica del proyecto y que por lo tanto hubieran permitido recomendaciones mas asertivas.

Una vez más, a pesar del esfuerzo de todos en el terreno, es innegable que en las entrevistas desarrolladas en las comunidades las diferencias culturales y lingüísticas supusieron un desafío para la comunicación en particular teniendo en cuenta que en principio la evaluación no estaba diseñada para focalizarse en el ámbito de la comunidad. En muchos casos se debió recurrir a

traducciones simultáneas a tres bandas entre el inglés, el amárico y el afar llevadas a cabo por traductores improvisados dentro del equipo de AMREF y la propia comunidad. Este elemento limitante no creo que tenga una incidencia fundamental en relación a las conclusiones de la evaluación, pero si pienso que puede limitar la robustez de algunas de las recomendaciones.

3.2 Criterios

La evolución se ha centrado tal como se definió en los Términos de Referencia dos de los criterios del CAD-OCDE:

- La pertinencia, entendida como la adecuación entre el objetivo y el problema que se pretende solucionar. En términos de pertinencia, se ha analizado la solidez del proyecto en relación a una serie de sub.-criterios:
 - Pertinencia en relación a las necesidades de la población
 - Pertinencia en relación al contexto general de Afar
 - Pertinencia en relación a las políticas públicas existentes
 - Pertinencia en relación en relación a las prioridades de la Fundación La Caixa, AVF y AMREF.
- La eficacia, entendida como el nivel de cumplimiento de los componentes del proyecto de acuerdo a los objetivos y calendario establecido en el cronograma del proyecto

A pesar de no haber quedado definido en los ToR, durante el desarrollo de la evaluación, se ha juzgado relevante elaborar conclusiones en relación a la adecuación de las grandes líneas estratégicas del proyecto al contexto socio político y cultural de Afar.

3.3 Objetivos

La evaluación se ha centrado tal como se fijo en su momento, en dos objetivos generales:

1. Evaluar la pertinencia inicial del proyecto
2. Evaluar al final del primer año de implementación, la eficacia, entendida como el nivel de cumplimiento de los componentes del proyecto de acuerdo a los objetivo y calendario establecido en el cronograma del proyecto

3.4 Metodología.

La presente evaluación se ha articulado alrededor de criterios estándar definidos claramente por el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE. Inicialmente en los ToR se habían definido como criterios centrales para el análisis de la evaluación la Pertinencia y la Eficacia. A lo largo del desarrollo de la evaluación y en particular durante el trabajo de campo se juzgo relevante incorporar a la recogida de información y análisis el criterio de Adecuación

La evaluación se ha desarrollado en tres fases cada una de ellas con un recorrido metodológico específico.

Fase de información y preparación

- Entrevistas con la dirección de AVF
- Revisión de la documentación del proyecto disponible
- Revisión de documentación referida al contexto general de Etiopia y Afar
- Formulación de los Términos de Referencia.

Fase de trabajo sobre el terreno

- Entrevista con la dirección general de AMREF en Etiopia.
- Entrevista con la coordinación Regional de AMREF en Afar.
- Entrevista con la representante de AMREF-España en Etiopia.
- Grupo de discusión Focal semi-estructurado con los beneficiarios del proyecto.
- Entrevistas en profundidad con todos los stakeholders clave del proyecto.
- Observación directa.

Fase de análisis y elaboración de la evaluación.

- Revisión de la documentación recopilada durante la visita a terreno
- Preparación del borrador del informe final
- Socialización
- Ajustes versión final
- Presentación a la Fundación La Caixa, África Viva Fundación y AMEF- España.

4. Resultados de la Evaluación.

4.1 Pertinencia / Adecuación

4.1.1 Pertinencia

En relación al contexto general

Etiopia, a pesar de años de crecimiento general de su economía, continua mostrando en general una situación en términos de desarrollo humano muy por debajo de la media de los países africanos.

En toda la documentación revisada para la elaboración de esta evaluación, así como en todas las entrevistas llevadas a cabo con todos los stakeholders durante la visita al terreno, quedo claro tanto en términos cualitativos como cuantitativos que la Región de Afar es junto a la de Somalia la que presenta los peores indicadores socio económicos y sanitarios de Etiopia.

Esta situación se debe a diversos factores geográficos, demográficos, culturales, pero también políticos. Afar ha sido una zona de Etiopia tradicionalmente abandonada por el Estado. Las particularidades demográficas, culturales y económicas de los Afar les han puesto desde siempre en la periferia de la política etiope y en muchos casos en la posición de ser considerados un obstáculo para el desarrollo del país.

Esta situación ha retroalimentado la conciencia de identidad diferenciada de muchos Afar lo cual a su vez ha reforzado la visión de hostilidad o en el mejor de los casos paternalismo que en muchos casos ha defendido el Estado etiope tradicionalmente. Así pues el abandono histórico que sufre Afar no es una casualidad sino que refleja una negligencia explicita y por lo tanto refuerza la justificación de una intervención que persigue mejorar las condiciones de salud de la población de Afar a través de la mejora del sistema de atención en particular referente a la salud materna e infantil.

En relación a las necesidades sanitarias de la población.

La necesidades objetivas en Afar o lo que es lo mismo las dificultades que enfrenta la población de Afar para cubrir sus necesidades mas básicas en materia de alimentación, vivienda (en el sentido mas amplio de la palabra y tomando en consideración las particularidades del modo de vida de una buena parte de la población...) educación, acceso al agua y salud son enormes. Algunas de estas necesidades se vuelven incluso mas difícil de cubrir para una buena parte de la población que vive de acuerdo a un estilo de vida tradicional fundamentado en el pastoreo y en

la búsqueda constante de pastos y agua y que por lo tanto viven alejados la mayoría de las veces de los servicios básicos que ofrece el Estado y que en buena parte se concentran en las zonas de la región más desarrolladas a lo largo de la carretera Awash – Asma y que es también donde se concentra la población de colonos de procedencia no Afar.

Pero en cualquier caso la reflexión de la evaluación en este punto se centrara en los indicadores de la salud de la población de Afar y en las deficiencias del sistema que debe responder a las necesidades de atención de la población.

El sistema de salud de Afar no presenta una cobertura mayor al 40% a eso hay que sumar que según el RHB solo el 50% de las estructuras existentes mantienen un sistema de información sanitaria si a eso se añade las dificultades de mantener una visión adecuada de la demografía de la región debido a las dificultades del territorio y modo de vida pastoralista Por todo ello, se hace seguro afirmar que las estadísticas referentes a la salud de la población de Afar no son fiable y en mi opinión hay suficientes elementos en el contexto para inferir que posiblemente son peores de lo que se expresa en las estadísticas oficiales.

Afar presenta unas estadísticas de mortalidad materna que superan ampliamente la media de Etiopia. Mientras que la media de Etiopia esta tasa se fija en el 673/100.000 en Afar la tasa se sitúa en un 720/100.000.¹⁵ La mortalidad entre los menores de 5 años en Afar prácticamente dobla la media nacional. La media de Etiopia se sitúa en 123 / 1000 mientras que la de Afar se fija en 229/1000 nacidos vivos.¹⁶

La tasa de la atención pre y post natal en Afar muestra unas estadísticas mucho más pobres que la de la media de Etiopia.

El sistema de salud de Afar es junto al de la Región de Somalia el más deficiente del país en particular por lo que se refiere a la dotación de RH adecuados.

En Afar un medico atiende a 98,258 personas mientras que en addis la proporción es de un medico por cada 3,056 personas. En Afar hay un especialista por cada 491,288 habitantes mientras que la media del país es de 1 por cada 77,735 habitantes.

Por lo que se refiere al análisis más directamente vinculado a esta evaluación es crucial poner de relieve la remarcable escasez de comadronas formadas en las estructuras de salud de Afar; en el último informe del FMOH de EFY 2001 no constaba ninguna comadrona en las estructuras sanitarias de Afar. Esta estadística a día de hoy ha mejorado y según la información contenida en la propuesta inicial el número actual de comadronas en Afar se sitúa alrededor de 22. Esta cifra es claramente insuficiente para responder a las actuales necesidades del sistema que según el RHB se sitúan alrededor de las 150 comadronas para toda la Región.

Es evidente que la salud de la población de Afar es pobre y que resulta especialmente preocupante la salud materna y la de los menores de 5 años, se hace patente también, que el sistema de salud en la Región presenta deficiencias objetivas que en una proporción indeterminada pero incuestionable contribuyen a la alta mortalidad materno-infantil.

Por lo tanto es claro que los objetivos y estrategia troncal del proyecto evaluado son pertinentes en relación a la situación de salud de la población en particular a la salud de las madres y los niños.

En relación a las políticas públicas existentes

En 1997 el gobierno de Etiopia formulo un plan integral de desarrollo de la atención en salud llamado Health Sector Development Plan (HSDP). El elemento central de este plan era la descentralización de la gestión del sistema a los niveles básicos de la atención. El Ministerio y los Regional Health Bureaus se centran en las políticas generales y de programas, mientras que

¹⁵ DHS 2005

¹⁶ FMOH

los funcionarios de las Woredas manejan las decisiones y los recursos a nivel de atención primaria.

En el momento de la presente evaluación se han implementado tres de las fases del HSDP que inicialmente esta pensado para un periodo de 20 años.

Justo durante la fase de trabajo de campo de esta evaluación, se hizo público el primer borrador de la fase IV del HSDP.

El comité ejecutivo del FMOH ha liderado todo el proceso de formulación del HSDP IV y junto los RHB han planteado los temas estratégicos y metas que deberán incluirse en el HSDP IV. La versión final del documento será presentada al Gobierno en los próximos días y la opinión generalizada es que no sufrirá modificaciones considerables al documento actual.

Las prioridades fijadas para el HSDP IV lo han sido, de acuerdo al FMOH, en línea con los problemas de salud más prevalentes en el país y las prioridades de salud fijadas en los MDG's. Así pues el plan y objetivos se articulan alrededor de las siguientes prioridades:

- Mejorar la salud materna
- Mejorar la salud infantil
- Detener el avance de las enfermedades contagiosas
- Fortalecer el Sistema de Salud

Durante el diseño e implementación de las fases I, II, y III se busco fortalecer de manera explicita una serie de temas transversales o como se definen en el documento del HSDP Cross Cutting Issues que continuaran siendo áreas transversales de prioridad durante la fase de implementación del HSDP IV:

- Genero
- Atención en salud para las poblaciones Pastoralistas
- Nutrición
- Investigación Operacional.

Finalmente el HSDP IV fija para el periodo 2010/11 – 2014/15 una serie de 12 Objetivos estratégicos alrededor de los cuales articular los proyectos y programas del Estado Etiope en términos de salud para su población.

Cinco de los objetivos estratégicos y en particular sus metas, son de especial importancia para la reflexión de esta evaluación en términos de pertinencia del proyecto en relación a las políticas públicas.

Objetivos Estratégicos y Metas del HSDP IV claves para el proyecto

1. Objetivo Estratégico 1
 - a. Mejorar la Salud
 - i. Mejorar la salud de las madres, los neonatos, los niños y los adolescentes
 1. Aumentar la cobertura del control prenatal del 31% al 83%
 2. Aumentar la tasa de partos atendidos por personal sanitario formado del 25% al 80%
2. Objetivo Estratégico 2
 - a. Mejorar el Acceso
 - i. Aumentar el acceso geográfico a las estructuras de salud
 - ii. Aumentar el acceso financiero a la atención (retirar obstáculos financieros.
 - iii. Mejorar el Health Seeking behavior
3. Objetivo Estratégico 10
 - a. Mejorar la Infraestructura de salud
 - i. Incrementar el número, la dotación de equipos médicos y materiales diversos de las estructuras de salud.
4. Objetivo Estratégico 11
 - a. Mejorar la Movilización de recursos
 - i. Movilización preactiva de recursos domésticos e internacionales para la el sistema de salud
 1. Incremento del gasto per capita a 34 usd anuales
 2. Incremento de la partida del presupuesto del Estado dedicado a la salud hasta un 15%
5. Objetivo Estratégico 12
 - a. Mejorar el capital Humano y el Liderazgo.
 - i. Incrementar el Reclutamiento, formación y administración de los RH
 1. Reforzar la formación acelerada de Comadronas
 2. Reforzar la formación y reciclaje de los HEW
 3. Sistematizar la evaluación y movilización de recursos locales e internacionales para el apoyo técnico del sistema de salud.

El objetivo en este punto, no es la revisión o el análisis de los planes del Estado etiope para mejorar la salud de su población, ni valorar su relevancia, idoneidad o viabilidad.

Lo fundamental es que se pone de manifiesto que existen unas áreas claras de alineamiento entre los objetivos y estregáis fundamentales del proyecto y los planteamientos políticos firmes y formales del Estado Etiope para los próximos años en términos de políticas publicas para la salud.

Todos los componentes y metas de los 5 objetivos del HSDP IV descritos anteriormente son, o contribuciones centrales que se fijan los objetivos del proyecto, precondiciones necesarias para su éxito o hipótesis que refuerzan su impacto esperado.

Aumentar la tasa de partos atendidos por personal sanitario formado reforzando la formación acelerada de Comadronas y su posterior asignación a las estructuras del nivel primario de salud es básicamente el resultado directo que persigue el proyecto.

El incremento de la partida presupuestaria dedicada a la salud o el aumento del acceso geográfico de la población a los cuidados de salud son condiciones necesarias para la consecución de los objetivos del proyecto.

La “adecuación” en términos generales del health seeking behavior es una hipótesis sin la cual el proyecto ve debilitada su lógica. Por ultimo la determinación del Estado de buscar alianzas que le permitan movilizar recursos estratégicos, también internacionales, en favor de objetivos

comunes en el beneficio de la salud general, constituye un marco claro de sinergias positivo para la colaboración entre AVF y AMREF y el Gobierno Etiope.

En relación a las prioridades del financiador y gestores técnicos.

- Fundación “La Caixa”

En la línea de Cooperación Internacional La Fundación La Caixa prioriza entre otros la formación en África.

El Objetivo final de las acciones de formación es promover la incorporación de nuevos profesionales al mercado laboral así como reforzar la capacitación de cuadros intermedios que a su vez fortalezcan los servicios sociales de los países africanos.

- África Viva Fundación

Algunos de los objetivos fundacionales de AVF están claramente presentes en el proyecto evaluado.

En particular el interés específico de la fundación por desarrollar proyectos en África que contribuyan a la mejora de la salud materna e infantil y la fisión de la organización de la formación de personal sanitario como instrumento para llevar la atención a los mas necesitados así como para contribuir a reforzar los sistemas de salud de los países donde trabaja.

- AMREF

AMREF es una organización que define su Misión como *Un compromiso con la mejora de la salud y la atención en salud en África.*

En Etiopia los beneficiarios definidos como prioritarios por la organización incluyen las poblaciones más marginadas y vulnerables y que no tienen posibilidades d acceso a la salud. Entre las poblaciones que AMREF define como objetivo en Etiopia las poblaciones rurales mas pobres y en particular las que mantienen un modo de vida pastoralista. Para estas poblaciones AMREF pretende contribuir a incrementas el acceso a una atención en salud apropiada especialmente para las mujeres, los niños y los adolescentes.

El propósito, los objetivos y estrategias fundamentales del proyecto, *Programa de Formación de Comadronas en la Región de Afar, Etiopia* coinciden casi por completo con las líneas que definen la Misión de AMREF así como sus prioridades para Etiopia.

4.1.2 Adecuación

En relación a la realidad socio- cultural

El perfil socio-cultural de la población de Afar se puede dividir en dos realidades bien diferencias incluso a riesgo de incurrir en una sobre simplificación de un tejido social complejo. Como la mayoría de entrevistados han manifestado de una forma muy grafica hay dos Afar, el de la carretera que une Awash y Assab y el de las zonas rurales desérticas apartadas de la carretera y de los núcleos urbanos situados a lo largo de la misma.

El Afar de la carretera esta predominantemente poblado por colonos procedentes de otras Regiones de Etiopia que no hablan Afar y que en grandes líneas comparten un perfil sociológico común con la mayoría de la población *Main Stream* de Etiopia.

El Afar del desierto esta poblado casi exclusivamente por autóctonos Afar que viven de acuerdo a sus formas tradicionales de organización y economía secular descritas en el capitulo de Contexto de Afar de este informe. Estas poblaciones no hablan Amárico, e interactúan escasamente con la organización, y estructura formal del Estado. Todas las fuentes entrevistadas consideran que las poblaciones más tradicionales de las zonas rurales ven con desconfianza a los

colonos venidos de fuera y evitan recurrir a los servicios públicos del Estado en particular a la sanidad.

En el momento en el que se desarrolla el trabajo de campo de la evaluación, según el RHB, en Afar hay 35 comadronas asignadas a las diferentes estructuras de salud y según la información del propio RHB ninguna procede originariamente de Afar y son mayoritariamente hombres.

El proyecto evaluado está pensado 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 valor añadido fundamental en términos de adecuación al entorno es que estas comadronas proceden todas de la Región de Afar y han sido seleccionadas a través de un proceso que ha involucrado a las diferentes estructuras administrativas formales pero también comunitarias en los diversos distritos de procedencia de los candidatos/as.

Todos los candidatos/as a comadrona son miembros de sus comunidades de origen, gran parte de ellos son Afar y hablan la lengua.

Tal vez se trate más de un criterio de eficacia que de idoneidad, pero es importante destacar que los diversos candidatos/as provienen de las 5 zonas que constituyen la Región de Afar y a pesar de que a la hora de fijar las necesidades para cada zona han primado razones propias de la lógica del sistema de salud y de las coberturas necesarias, es interesante comprobar que 24 de los candidatos/as provienen de las zonas 2 y 4 al norte de la región que presenta particulares problemas seculares de desatención del Estado.

Así pues es innegable que el presente proyecto en su lógica interna hace esfuerzos en términos de adecuación y adaptación al tejido socio-cultural en el que se desarrolla.

Todos y cada uno de los actores entrevistados, en particular, en el ámbito comunitario, han puesto de manifiesto que las barreras culturales y lingüísticas con el personal sanitario casi exclusivamente Habasha supone uno de los obstáculos fundamentales para el acceso a la salud, en particular, para la salud de las mujeres.

En relación al equilibrio de género

El papel de la mujer y el equilibrio entre sexos en la sociedad Afar es un entramado complejo que esta evaluación no puede pretender describir ni mucho menos explicar.

Lo que sí es indudable es la importancia del papel que tienen las mujeres en el cuidado y la salud de las propias mujeres y queda refrendado por todas las entrevistas y conversaciones tenidas en Afar y en particular en el entorno comunitario. A la importancia de este papel es claramente sensible el proyecto en su definición y en sus actividades.

Un 60% de los candidatos a formarse como comadronas y pasar a formar parte del personal sanitario del RHB son mujeres. Esto podría parecer una obviedad a primera vista e incluso podría juzgarse como un porcentaje todavía bajo... No lo es.

El proceso de formación ha hecho un esfuerzo para abrir un espacio prioritario a los candidatos femeninos. Todos los candidatos deben acreditar un nivel de escolaridad correspondiente al nivel 10 en el sistema de enseñanza etíope y que es el requisito común para el acceso a las escuelas de comadronas en todo el país. Dicho esto las candidatas femeninas fueron aceptadas e incluidas en el proceso de selección con un mínimo de notas inferiores al que se les exigió a los candidatos masculinos.

En relación a la participación de los stakeholders principales

Los beneficiarios directos del proyecto evaluado se definen como los/las 60 comadronas formadas y asignadas a las estructuras de salud. Dentro de los mecanismos propios de ejecución del proyecto los beneficiarios participan e influyen en las decisiones que los gestores del proyecto toman durante el ciclo de vida del proyecto. Al final del primer año se celebró una reunión en el hospital de Dubti entre todos los estudiantes de la diplomatura de comadrona en la que se hizo una valoración rápida del curso y las mejoras que podrían incorporarse en el segundo año del proyecto. Esta reunión no fue un proceso de discusión organizado ni se preparó

con la suficiente antelación para que realmente se pueda considerar una discusión estratégica sobre el desarrollo del proyecto con los beneficiarios directos.

En este sentido y como pasa en la mayoría de proyectos tanto de desarrollo como de acción humanitaria, la participación activa de los beneficiarios directos se circunscribe a la fase de implementación pero no a la de definición y diseño del proyecto.

Otros stakeholders importantes del proyecto son las comunidades y sus líderes políticos, tradicionales o no, en las Woredas y los Kebele. En particular la estructura administrativa y política en las comunidades ha sido fundamental para la elección equilibrada y consensuada de los candidatos/as.

Finalmente el RHB y el Semara Helath Colleague son stakeholders esenciales del proyecto y a través de las entrevistas mantenidas con el Director General Adjunto del RHB y el director de formación del SHC queda claro que su nivel de entendimiento y participación en la definición del proyecto es concreto y por otro lado necesario ya que representan la autoridad del Estado en la ejecución y monitoreo del proyecto.

4.2 Eficacia.

En los Términos de Referencia de la evaluación se ha delimitado el concepto de eficacia como el nivel de cumplimiento de los componentes del proyecto de acuerdo a su objetivo y calendario.

El marco lógico del proyecto es sintético y básicamente gira alrededor de una lógica ascendente de 9 actividades que deben garantizar el alcance de 2 resultados esperados que aseguren la consecución de un solo objetivo específico y este a su vez contribuya sensiblemente al Objetivo General del proyecto.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el proyecto como tal responde a un ciclo de tres años que básicamente corresponden al tiempo previsto de formación tanto teórica como práctica de los candidatos/as a comadronas antes de su posterior asignación a Centros de Salud de las diversas zonas de la Región de Afar.

Dicho esto, las actividades previstas en el cronograma del proyecto, siguen la lógica de la financiación concedida por la Fundación La Caixa y por lo tanto corresponden solo al primer año de ejecución del proyecto. A pesar de que algunas actividades son ongoing a lo largo de todo el cronograma y que podría inferirse que se prolongaran a los dos años restantes de proyecto, formalmente el cronograma de actividades del proyecto corresponde inicialmente a 12 meses y posteriormente se prorroga a 16 después de ser aceptada la solicitud presentada a la Fundación “La Caixa”.

En este apartado se procederá a analizar el grado de cumplimiento de las actividades previstas para el primer año de proyecto y en la medida de lo posible y sin perder de vista las limitaciones de cualquier ejercicio de prognosis, se examinará las probabilidades de cumplimiento de los resultados y objetivos del proyecto tal como constan en la definición del mismo. Lógicamente este ejercicio se limitará a una reflexión teórica informada ya que como es lógico un análisis empírico de objetivos y resultados solo podría llevarse a cabo una vez el proyecto haya agotado su ejecución.

4.2.1 Eficacia en relación a las actividades.

A1.- Diseño del Programa Educativo realizado por el Ministerio Federal de la Salud y Ministerio de la Educación de Etiopía

Esta actividad no puede considerarse como tal, por lo menos de la forma que esta expresada.

El programa de formación de las comadronas se enmarca dentro del sistema de educación técnica y vocacional TVET (Technical Vocational Education and Training) y se basa en los Estándares Ocupacionales de Etiopía (EOS). El currículo de formación de las comadronas y es común a cualquier formación de ese nivel que se produzca en el ámbito Federa. Se trata de un

currículo preparado por un grupo de expertos del TVET y facilitado por el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud.

Todo este ejercicio es propio de Sistema Federal y no específico para la ejecución de este proyecto.

Dicho esto, el proyecto, en cuanto al ámbito de formación de comadronas cuenta con un currículo, homologado y equivalente a cualquier otra formación de este nivel en Etiopía.

A2.- Designación del centro de formación- Ministerio Federal de la Salud y Ministerio de la Educación de Etiopía.

En las discusiones preliminares a la definición final del proyecto ya se acordó que el Samera Health Science Collegue acogería la formación de las 60 comadronas del proyecto y se incorporarían así a las dinámicas ya establecidas en el propia SHSC de formación de enfermeras clínicas.

El registro formal del proyecto firmado entre Disaster Prevention and Food Security Bureau, el RHB y AMREF incluye mención específica a la asignación de la Facultad de Ciencias de la Salud de Samara, en Samara, la capital de Afar como el centro donde se impartirán las clases teóricas durante los tres años de proyecto.

A3.- Seleccionar y contratar el personal técnico.

Los recursos Humanos específicos para la ejecución del proyecto eran en la propuesta inicial:

- 1 Coordinador de formación
- 1 Coordinador técnico
- 1 Coordinador Superior del programa
- 5 Formadores
- 3 conductores para los viajes
- 1 Contable

En el momento de la contratación del staff del proyecto se produjeron algunas modificaciones en los perfiles inicialmente solicitados y en las cargas de dedicación de algunas posiciones. Una vez pactadas entre los gestores técnicos y el financiador, el staffing del proyecto quedo como sigue:

- 0.5 Coordinador de Formación
- 3 Formadores
- 0.5 Coordinador de Proyecto
- 1 Conductor
- 0.1 Contable
- Además de esto recursos humanos contratados, de la partida presupuestaria de recursos humanos se pagan las facturas que emite el SHSC para formaciones específicas para los alumnos de comadronas como el Inglés o el IT. 5 formadores a tiempo parcial.
- Se incluye también en la partida de RH una bonificación salarial a la Dirección General del SHSC

Es importante resaltar que la partida de RH contribuye pero también se beneficia de la economía de escala y maximización de los recursos de los que AMREF dispone para sus proyectos en Afar.

A4.- Identificar el Coordinador del proyecto.

En la propuesta inicial se hace constar ya un equipo de coordinación formado por miembros de AVF, AMREF-España, AMREF-Etiopia, el RHB y el SHSC.

- AFRICA VIVA FUNDACIÓN, la Coordinadora del Proyecto es Victoria Fumadó Pérez, Directora Técnica.
- AMREF Flying Doctors España cuenta con Auxi Reula Arasanz, Responsable de Proyectos
- AMREF Etiopía -Joao Soares y Alemanyehu Seifu, Director General y Deputy Country Director respectivamente como coordinadores locales del proyecto.
- DEPARTAMENTO REGIONAL DE SANIDAD de Afar- Coordinación Técnico del Programa de Formación
- SAMARA HEALTH SCIENCES COLLEGE- Coordinación de la formación

De las entrevistas y observaciones llevadas a cabo durante la fase de terreno de la presente evaluación, no se desprenden argumentos suficientes como para afirmar que las personas citadas arriba se constituyen de manera practica en un equipo de coordinación funcional con suficiente interacción, comunicación e incidencia como para tener de manera colectiva un papel determinante en el proceso de implementación del proyecto.

Esto no debe confundirse con la vinculación que de manera individual todos ellos puedan tener con el desarrollo del proyecto siguiendo básicamente el line management de las organizaciones a las que pertenecen.

En cualquier caso la actividad que se evalúa en este punto esta claramente cumplida.

El coordinador del Proyecto es el Sr Abdu Bedru que ostenta el cargo de Coordinador Regional de Afar dentro del organigrama de AMREF-Ethiopia y que sigue los procesos fundamentales y mantiene las interlocuciones necesarias para el desarrollo del proyecto.

A5. - Equipar el Centro de Formación.

Los componentes específicos bajo esta actividad han sido ejecutados al 100% siguiendo el cronograma y presupuesto asignado.

En concreto:

- Se han equipado adecuadamente los dormitorios masculino y femenino para los 60 alumnos.
- Se han dotado a las clases de 1 PC's y 1 impresoras
- Se ha dotado a las classes con 3 laptops.
- Se ha dotado a la escuela con 1 impresora.
- Se han dotado a las clases de dos módems externos CDMA.
- Se han dotado las clases del material escolar necesario para todo el curso
- Se han adquirido los libros de texto y consulta estipulados.
- Se ha dotado el dispensario de la escuela de una lista de medicamentos básica.

A6.- Seleccionar de los candidatos/as.

Esta actividad encierra en gran medida la clave de las posibilidades de impacto real del proyecto al final del mismo.

Tal como ya se ha explicado la región de Afar es la más deficitaria de Etiopia en cuanto a la cobertura de la atención al parto y al seguimiento previo y posterior al mismo por parte de personal sanitario debidamente formado. Las muy escasas comadronas presentes en la Región son de fuera de la misma con lo cual, por un lado la attrition rate, aunque indeterminada es sin duda alta, y por otro la aceptabilidad de estos profesionales por parte de las comunidades más tradicionales es baja.

Por si fuera poco, aunque no se han publicado investigaciones fiables para Afar, y a pesar de que las opiniones son en algunos casos encontradas, difícilmente el hecho de que prácticamente todas las comadronas actuales sean hombres puede promover el aumento de la demanda de este servicio entre las madres en general y en particular entre aquellas pertenecientes a comunidades musulmanas muy tradicionales.

Esta actividad quedo concluida al 100% en Marzo de 2010.

El detalle de esta selección es fundamental para entender la importancia de la misma.

Los 60 alumnos y alumnas seleccionados provienen de la Región de Afar. El 60 % de ellas son mujeres. Los criterios que primaron las vacantes inicialmente asignadas a cada zona fueron las necesidades en términos de cobertura en función de servicios existentes en el momento del inicio de la selección y población. Así pues, los alumnos y alumnas provienen de todas las zonas de la Región con un numero muy importante de alumnos provenientes de la región 1, 2 y 4 las mas alejadas del eje Awash – Assab y tradicionalmente las mas abandonadas de Afar.

El proceso de selección como tal fue también fundamental.

La vacantes iniciales por zona y Woreda fueron establecidos con criterios racionales de planificación estratégica. Los criterios básicos y objetivos que debían reunir los candidatos y candidatas fueron comunicados a los distritos.

Los comités de las Woredas seleccionaron sus potenciales candidatos.

Finalmente el RHB eligió de entre todos los candidatos y candidatas llegados de las Woredas, en función de criterios de formación básica y conocimientos de idiomas aquellos que iban a ocupar las vacantes asignadas a cada zona.

Como ya se ha dicho anteriormente las exigencias para hombres y mujeres en cuanto al nivel básico de formación fue el mismo; nivel 10 de escolaridad, pero las notas de corte en el caso de las mujeres se establecieron en función de una medida afirmativa establecida por el gobierno federal en 2 décimas por debajo de las de los candidatos masculinos.

Dos elementos importantes a subrayar, aunque solo estén indirectamente vinculados a esta actividad.

El espíritu y el proceso de este proceso de selección adquieren mayor importancia si tenemos en consideración cuales son los compromisos de asignación de las comadronas una vez licenciadas y contratadas por el RHB y que constan en el acuerdo de registro del proyecto.

La comadronas estarán en la medida de lo posible asignadas a los Centros de Salud mas próximos a sus comunidades de origen lo que sin duda debe tener un impacto muy positivo en algunos de los determinantes fundamentales de la demanda como los aspectos culturales (en particular el idioma) y de genero.

Finalmente, el espíritu y proceso de selección debe fomentar la aceptabilidad del proyecto gracias al proceso transparente y abierto a las sensibilidades políticas dentro de las comunidades. A pesar de las dudas que puedan generar algunos de los mecanismos y dinámicas de interacción entre la legitimidad y autoridad de las estructuras políticas tradicionales y formales parece evidente que el proceso tiende a primar de manera transparente las necesidades objetivas del sistema y los criterios de merito aplicados a los candidatos.

A7. Supervisar y apoyar a las estudiantes

La supervisión de la formación y el desarrollo y adquisición de conocimientos por parte de los alumnos forma parte del seguimiento cotidiano que llevan a cabo los formadores.

El director del curso de la licenciatura de Comadrona del SHSC el Sr. Mohamed Akbar, esta directamente involucrado en la supervisión del curso y participa en todas las entrevistas y discusiones con el equipo pedagógico que tuvieron lugar durante esta visita.

Finalmente, a pesar de que no se pudo entrevistarle durante la visita, el Dean del SHSC es el chairman de un comité de seguimiento de la evaluación continuada de todos los alumnos y del que también forman parte los formadores de la diplomatura y un representante del RHB.

Esta es una actividad ongoing durante todo el proyecto y por lo tanto difícil de evaluar después del primer año, en particular si tenemos en consideración que el sistema de evaluación es continuo y por lo tanto difícil de objetivar antes del final del ciclo de teoría y práctica del primer año.

Es relevante también reseñas que durante la visita al Hospital de Dubti donde se desarrollan las prácticas se llevo a cabo una discusión focal semi estructurada con 7 estudiantes de la diplomatura. Todas ellas manifestaron un nivel alto de satisfacción con el desarrollo de la formación y solo expresaron quejas en relación a algunas de las condiciones de vida del SHSH.

A8.- Preparar , administrar y corregir los exámenes.

La evaluación de los estudiantes es continua, y tiene en cuenta la participación del estudiante en clase, las evaluaciones de las prácticas, pruebas orales y exámenes intermedios y finales. Los exámenes los preparan y corrigen los profesores que imparten clase en la diplomatura de comadronas. Existe además un comité de seguimiento y evaluación de los alumnos, formado por el director del colegio de ciencias de la salud de Samara, los profesores del curso de comadronas y un representante del departamento de formación del RHB. El cometido de este comité es el seguimiento el proceso de evaluación de los alumnos y resolver las posibles discrepancias.

Para graduarse, al final de los tres años de diplomatura, los alumnos de comadronas deberán pasar un examen a nivel nacional, preparado y corregido por el Ministerio de Educación.

De esta revisión de la ejecución de las actividades previstas durante el primer año se deduce que en general el cumplimiento de las actividades previstas para ese periodo es completo.

A pesar de leves modificaciones de cronograma y planificación o de objeciones menores sobre si algunas de las actividades establecidas en el proyecto, lo son propiamente o se trataría de condiciones prelimares, queda claro que la eficacia en relación al cumplimiento de las actividades contenidas en el marco lógico es indiscutible y que por lo tanto según la lógica del proyecto deben conducir a la obtención de los dos resultados establecidos en el marco lógico.

4.2.2 Eficacia esperada en relación a los resultados y objetivos del proyecto.

En los términos de Referencia que enmarcan esta evaluación queda claramente fijada la amplitud de la misma y sus objetivos. Evaluar la pertinencia inicial del proyecto y su eficacia después de un año de ejecución.

Este ejercicio ha sido desarrollado en la información y reflexión que contiene este documento hasta este punto y lógicamente será el grueso de las conclusiones y recomendaciones de las que se dejara constancia en el punto 5. de este informe.

En este punto, y en función precisamente de la reflexión general sobre el proyecto, la lectura general del contexto, los problemas que pretende abordar y los actores emergente de las diversas discusiones durante el trabajo de campo, considero importante y necesario aportar elementos para una discusión sobre las expectativas de eficacia general del proyecto en el marco de su ciclo real y mas allá de la ejecución del primer año.

La limitaciones de este ejercicio son obvias los riesgos son los de todo ejercicio hipotético deductivo y por o tanto, no se pretende ir mas allá de una reflexión positiva en relación al posible desarrollo de los resultados y objetivos fijados por el proyecto con la perspectiva del tiempo real del ciclo del proyecto.

4.2.2.1 Resultados del proyecto.

Resultado 1

En este punto esta claro que, si no se producen alteraciones substanciales de las asunciones y precondiciones sobre las que se cimienta la lógica del proyecto, la conclusión de esta evaluación es que para el Resultado número 1, en función del indicador establecido, *Numero de comadronas graduadas al finalizar el proyecto*, el nivel de consecución al final del proyecto, será muy alto.

En las dos promociones de enfermería que se han graduado hasta hoy del SHSC, el porcentaje de alumnos que han obtenido el diploma en relación a las que iniciaron el curso ha sido según el RHB del 77% y 78%.

Si tomamos en consideración que los alumnos matriculados por el proyecto disfrutaran de condiciones de estudio y elementos de motivación muy superiores a los de esas dos promociones anteriores, es razonable pensar que, la proporción de alumnos diplomados debe ser mayor al 80%.

Dicho esto es clave resaltar aquí, que el indicador del Resultado numero 1, *Numero de comadronas graduadas al finalizar el proyecto*, refleja solo de manera parcial y tal vez no en sus elementos mas críticos la consecución del Resultado numero 1, *60 comadronas capacitadas y en ejercicio en las estructuras de salud de la Región de Afar*.

Es obvio que tal como expresa la formulación del resultado, no es suficiente que las comadronas estén formadas, deben estar también al final del proyecto asignadas a estructuras sanitarias a nivel de Centro de salud y tal como estipula el acuerdo de registro, a ser posible en los Centros de Salud mas cercanos a sus comunidades de origen. Eso no se expresa en el indicador del Resultado 1, y ese es, el factor critico en para el éxito del Resultado.

Durante toda la evaluación se ha usado cada oportunidad para investigar y contrastar lo máximo posible las diversas fuentes con el objetivo de evaluar la robustez de la hipótesis de que el RHB tendrá la capacidad dentro de 2 años de crear y mantener aproximadamente 60 posiciones de comadrona en el cuadro de RH de la Región. Esto supone un crecimiento aproximado de un 200% en dos años.

En este punto cualquier extrapolación tiene muchas limitaciones y el riesgo de perder la objetividad es alto.

De todas formas durante la reflexión propia de esta evaluación han aparecido diversas indicaciones objetivas que fortalecen las condiciones positivas para la consecución del Resultado numero 1.

1. El registro inicial del proyecto fija como un compromiso claro del RHB la asignación de las comadronas formadas a estructuras de salud próximas a sus comunidades.
2. El HSDP IV que aprobara en breve el Gobierno, establece como prioridades:
 - a. Mejorar la salud materna
 - b. Mejorar la salud infantil
3. Se mantiene como Cross Cutting Issue del HSDP IV el :
 - a. Atención en salud para las poblaciones Pastoralistas
4. Se definen como Objetivos estratégico y Metas clave del HSDP IV:
 - a. Mejorar la salud de las madres, los neonatos, los niños y los adolescentes
 - b. Aumentar el acceso geográfico a las estructuras de salud.
 - c. Incrementar el número, la dotación de equipos médicos y materiales diversos de las estructuras de salud
 - d. Incremento de la partida del presupuesto del Estado dedicado a la salud hasta un 15%

e. Reforzar la formación acelerada de Comadronas

Añadir que la implantación del proyecto, en particular, el proceso de selección de los candidatos y candidatas a comadronas ha generado unas expectativas concretas entre diversos stakeholders y muy concretamente en las comunidades que tendrían un enorme coste en caso de no verse cumplidas. Eso es, un elemento de presión importante a la hora de valorar el compromiso asumido por el RHB.

No se ha podido encontrar ninguna indicación clara y objetiva que haga pensar que no se podrán reunir por parte del RHB, las condiciones necesarias para la asignación de las nuevas comadronas al sistema de salud de la región de Afar.

Una partida presupuestaria específica dentro del presupuesto del RHB, ya designada para el despliegue de las comadronas hubiera sido una indicación positiva casi definitiva. Esta no se ha podido encontrar, lo que por otro lado no debe llevar a conclusiones sobredimensionadas ya que la partida destinada a la incorporación de las nuevas comadronas deberá figurar en el presupuesto del RHB del 2013 y este está lejos de ser aprobado.

Resultado 2

El Resultado número 2 del proyecto, *Fortalecida la escuela de enfermería de SHSC mediante el equipamiento del centro*, establece unos indicadores de éxito con una correlación débil con el resultado, es decir reflejan solo parcialmente la consecución del resultado.

Es indudable que los materiales aportados por el proyecto al SHSC constituyen una mejora sustancial para las condiciones de la enseñanza en ese centro.

Es importante reflejar en este punto otros impactos indirectos del proyecto, pero que según todas las discusiones mantenidas en Samera, son muy positivos para las dinámicas generales del SHSc.

Los alumnos matriculados directamente en función de los inputs del proyecto son 60, pero esta oportunidad ha llevado al RHB a promover la matrícula de 10 alumnos más a cargo del presupuesto público y además 5 alumnos han autofinanciado su inscripción y se han sumado al número total de la promoción de 2010. Como consecuencia del proyecto 75 nuevos estudiantes se han inscrito a la diplomatura de comadrona lo que supone más de la mitad de todos los alumnos que ha tenido el SHSC en toda su corta historia.

Este volumen de estudiantes, la incorporación de nuevos instructores con experiencias diversas que generan nuevas dinámicas que enriquecen el entorno de estudio, más los inputs materiales, didácticos y pedagógicos directos del proyecto suponen claramente una mejora sustancial del perfil de la escuela de enfermería del SHSC.

4.2.2.2 Objetivos del proyecto

El proyecto tiene un solo objetivo específico que a efectos de esta reflexión se interpreta como el Objetivo del Proyecto o el Project Purpose. El Objetivo del proyecto se define como *“Aumentar la cobertura sanitaria en la Región de Afar mediante la formación de personal sanitario (Comadronas) y su adscripción al sistema de salud de la Región”*. El indicador de éxito de este objetivo se fija como el *“% de aumento de los establecimientos de salud con comadronas a los 6 meses de finalizar el proyecto”*.

Como ha quedado reflejado en la discusión en relación a la eficacia esperada de los resultados del proyecto, existen buenas razones objetivas para pensar que la consecución del resultado de la formación y incorporación de las comadronas al sistema de salud se producirá de forma satisfactoria, o sea en una proporción alta al final del proyecto.

Esto puede leerse como una indicación sólida de que el Objetivo del Proyecto se alcanzara al final del mismo.

Este recorrido lógico presenta un elemento que en este punto debe ser cuestionado.

De la forma en que se plantea el objetivo del proyecto y especialmente su indicador, se infiere que la interpretación que se hace del concepto de Cobertura, se limita a una visión de la Cobertura Potencial. Esto quiere decir, la capacidad del sistema de dar respuesta en función de una hipótesis sobre las necesidades específicas de la población, en este caso de las mujeres embarazadas y en edad fértil de Afar. Desde esta perspectiva, el proyecto aumentara las potencialidades del sistema, es decir aumentara su cobertura.

Pero, según la literatura, la mayoría de expertos y WHO, una interpretación de Cobertura solo desde las potencialidades del sistema se hace muy limitada y sobre todo tiene un impacto solo relativo en la salud de la población.

La denominada cobertura Real o Verdadera, debe tomar en consideración la interacción entre los servicios disponibles y las necesidades específicas de la población en función esencialmente de la forma y la frecuencia real de su uso. Es decir los servicios no solo deben estar disponibles, deben ser efectivamente disfrutados por la población.

Con esta interpretación de Cobertura Verdadera, la lectura sobre la consecución del Objetivo de Proyecto varía.

El proyecto se centra en el concepto en inglés de “Supply Side”, es decir en poner a disposición de la población recursos asistenciales en suficiente número y calidad.

Esto a pesar de tener fundamentalmente un impacto en la disponibilidad de los servicios tendrá una repercusión positiva en el uso de los mismos o lo que es lo mismo en la demanda de estos servicios. Esta perfectamente demostrado que “Supply Side y Demand Side” son realidades completamente interactivas y que se retroalimenta es decir una atención de calidad en el concepto más amplio aumenta el uso que la población hace de la misma.

Pero, la realidad de Afar es más compleja. A pesar de la dificultad que supone encontrar buenas estadísticas sobre la salud en Afar, todas las que ha recogido esta evaluación y que constan en este informe indican que el 90% de los partos en Afar se producen en el domicilio de la madre o en el ámbito de la comunidad y atendido por una partera tradicional. Estos datos coinciden con los datos propios de un estudio reciente de AMREF-Etiopia según el cual el 92% de las mujeres de la zona 3 ha parido su último hijo en casa y un 90% de ellas atendida por una partera tradicional.

Esto quiere decir, demanda casi nula de los servicios del sistema formal de salud.

La explicación específica para el caso de Afar de una frecuentación del sistema tan baja es muy compleja y lógicamente escapa al perfil de esta evaluación, pero si es posible reflexionar sobre algunos de los elementos que configuran la demanda del servicio que a pesar de estar relacionados a la oferta, tienen sus propias dinámicas.

La accesibilidad, la posibilidad de hacer frente al gasto que implica y la aceptabilidad del servicio tienen un impacto fundamental sobre la demanda que se hace del mismo. Esos factores se pueden convertir en barreras al acceso a la atención, incluso si los servicios están disponibles. En el caso particular de Afar y a través de las discusiones y reflexiones de esta evaluación, me parece particularmente importante prestar atención al concepto de aceptabilidad y sus vínculos con un health seeking behavior de la población más tradicional. Elementos sociales, económicos y religiosos; en definitiva elementos culturales diferenciales. Hacer la atención para las madres aceptable para esta población incluye una reflexión profunda del papel de las parteras tradicionales, un entendimiento suficiente de elementos religiosos simbólica y realmente ligados a la maternidad, un respeto a la diferencia y una capacidad de asegurar la comunicación intercultural.

El proyecto ha definido su lógica y fijado sus ambiciones en mejorar la oferta de la atención en salud para las mujeres de Afar. Esto sin duda, además de incidir en mejorar la calidad y cantidad de los servicios disponibles, tendrá un impacto indefinido pero positivo en la demanda de la población de esos servicios.

Además de aumentar sustancialmente el número de comadronas en el sistema de salud, es decir su disponibilidad, el proyecto agrega valores diferenciales; las comadronas son Afar, en su

mayoría hablan Afar, conocen la cultura y las relaciones en las comunidades, son miembros de las comunidades a las que sirven, conocen el papel tradicional de las parteras....

Todo esto tendrá, sin duda impactos positivos mas allá del estricto incremento de la oferta, en particular sobre la aceptabilidad de la atención para las mujeres Afar pero podría resultar insuficiente si tomamos en consideración el Objetivo General al que el proyecto quiere contribuir, que es reducir de manera específica la morbi-mortalidad materna e infantil en Afar.

Con ese Objetivo General en mente el análisis de contexto y necesidades previo a la definición del proyecto debería haber sido mas profundo lo que ha mi modo de ver hubiera permitido incorporar elementos relacionados a los factores determinantes de la demanda que hubieran fortalecido la consecución del Objetivo Especifico del Proyecto y su contribución a la consecución del Objetivo General.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1 Conclusiones.

5.1.1 Conclusiones relativas a la pertinencia

Contexto General

- Etiopia, continua mostrando en general una situación en términos de desarrollo humano muy por debajo de la media de los países africanos.
- La Región de Afar es junto a la de Somalia la que presenta los peores indicadores socio económicos y sanitarios de Etiopia.
- **El abandono histórico que sufre Afar no es una casualidad sino que refleja una negligencia explícita y por lo tanto refuerza la justificación de una intervención que persigue mejorar las condiciones de salud de la población.**

Necesidades sanitarias de la población

- Las necesidades objetivas en Afar en materia de alimentación, vivienda, educación, acceso al agua y salud son enormes.
- Algunas de estas necesidades se tornan incluso mas difíciles de cubrir para una buena parte de la población que vive de acuerdo a un estilo de vida tradicional fundamentado en el pastoreo y en la búsqueda constante de pastos y agua.
- **Afar presenta unas estadísticas de mortalidad materna que superan ampliamente la media de Etiopia. La media de Etiopia se fija en el 673/100.000 mientras que en Afar la tasa se sitúa en un 720/100.000.**
- **La mortalidad entre los menores de 5 años en Afar prácticamente dobla la media nacional.**
- El sistema de salud de Afar es junto al de la Región de Somalia el más deficiente del país en particular por lo que se refiere a la dotación de RH adecuados.
- En el último informe del FMOH de EFY 2001 no constaba ninguna comadrona en las estructuras sanitarias de Afar.
- Las actuales necesidades del sistema que según el RHB se sitúan alrededor de las 150 comadronas para toda la Región.
- **Los objetivos y estrategia troncal del proyecto son pertinentes en relación a la situación de salud de la población en particular a la salud de las madres y los niños.**

Políticas Públicas Existentes

- Las prioridades fijadas para el HSDP IV se articulan alrededor de las siguientes áreas:
 - Mejorar la salud materna
 - Mejorar la salud infantil
 - Detener el avance de las enfermedades contagiosas
 - Fortalecer el Sistema de Salud
- Durante la fase de implementación del HSDP IV, continuarán siendo áreas transversales de prioridad:
 - Genero
 - Atención en salud para las poblaciones Pastoralistas
 - Nutrición
 - Investigación Operacional.
- De los objetivos y estrategias del HSDP IV, 5 son especialmente coincidentes con los del proyecto:
- **Existen unas áreas claras de alineamiento entre los objetivos y estrategias fundamentales del proyecto y los planteamientos políticos del Estado Etiope para los próximos años en términos de políticas públicas para la salud.**

Prioridades del financiador y gestores técnicos.

- Fundación “La Caixa”

En la línea de Cooperación Internacional La Fundación La Caixa prioriza entre otros la formación en África.

- África Viva Fundación

Algunos de los objetivos fundacionales de AVF están claramente presentes en el proyecto evaluado.

En particular el interés específico de la fundación por desarrollar proyectos en África que contribuyan a la mejora de la salud materna e infantil.

- AMREF

El propósito, los objetivos y estrategias fundamentales del proyecto, coinciden casi por completo con las líneas que definen la Misión de AMREF así como sus prioridades para Etiopia.

5.1.2 Conclusiones relativas a la adecuación

Realidad Socio-cultural

- Todas las futuras comadronas proceden todas de la Región de Afar y han sido seleccionadas a través de un proceso que ha involucrado a las diferentes estructuras administrativas formales pero también comunitarias en los diversos distritos de procedencia de los candidatos/as.
- Todos los candidatos/as a comadrona son miembros de sus comunidades de origen, gran parte de ellos son Afar y hablan la lengua.
- 24 de los candidatos/as provienen de las zonas 2 y 4 al norte de la región que presenta particulares problemas seculares de desatención del Estado.

- **Es innegable que el presente proyecto en su lógica interna hace esfuerzos en términos de adecuación y adaptación al tejido socio-cultural en el que se desarrolla.**

Equilibrio de Genero

- Es indudable es la importancia del papel que tienen las mujeres en el cuidado y la salud de las propias mujeres en Afar.
- Un 60% de los candidatos a formarse como comadronas y pasar a formar parte del personal sanitario del RHB son mujeres.
- **El proceso de formación ha hecho un esfuerzo para abrir un espacio prioritario a los candidatos femeninos.**

Participación de los stakeholders

- Como pasa en la mayoría de proyectos tanto de desarrollo como de acción humanitaria, **la participación activa de los beneficiarios directos se circunscribe a la fase de implementación pero no a la de definición y diseño del proyecto.**
- **La estructura administrativa y política en las comunidades ha sido fundamental para la elección equilibrada y consensuada de los candidatos/as.**
- Queda claro que el nivel de entendimiento y participación del RHB y el SHSC en la definición del proyecto es alto.

5.1.3 Conclusiones relativas a la Eficacia

5.1.3.1 Eficacia en relación a las actividades.

A1.- Diseño del Programa Educativo realizado por el Ministerio Federal de la Salud y Ministerio de la Educación de Etiopía

- Esta actividad no puede considerarse como tal, por lo menos de la forma que esta expresada.
- **El proyecto cuenta con un currículo, homologado y equivalente a cualquier otra formación de este nivel en Etiopía.**

A2.- Designación del centro de formación- Ministerio Federal de la Salud y Ministerio de la Educación de Etiopía.

- El registro formal del proyecto firmado entre Disaster Prevention and Food Security Bureu, el RHB y AMREF incluye mención específica a la asignación de la Facultad de Ciencias de la Salud de Samara como centro de formación.

A3.- Seleccionar y contratar el personal técnico.

- En el momento de la contratación del staff del proyecto se produjeron algunas modificaciones en los perfiles inicialmente solicitados y en las cargas de dedicación de algunas posiciones.
 - 0.5 Coordinador de Formación
 - 3 Formadores
 - 0.5 Coordinador de Proyecto
 - 1 Conductor
 - 0.5 Contable
 - 0.5 Monitoring and Evaluation

- Además de estos recursos humanos contratados, de la partida presupuestaria de recursos humanos se pagan las facturas que emite el SHSC para formaciones específicas para los alumnos de comadronas como el Inglés o el IT.

A4.- Identificar el Coordinador del proyecto.

- **El equipo de coordinación previsto en la propuesta inicial, no se constituye de manera práctica en un equipo de coordinación funcional** con suficiente interacción, comunicación e incidencia como para tener de manera colectiva un papel determinante en el proceso de implementación del proyecto tal como contempla la propuesta inicial.
- En cualquier caso la actividad que se evalúa en este punto está claramente cumplida.
- **El coordinador del Proyecto es el Sr Abdu Bedru que ostenta el cargo de Coordinador Regional de Afar dentro del organigrama de AMREF-Ethiopia.**

A5. - Equipar el Centro de Formación.

- Los componentes específicos bajo esta actividad han sido ejecutados al 100% siguiendo el cronograma y presupuesto asignado.

A6.- Seleccionar de los candidatos/as.

- Esta actividad encierra en gran medida la clave de las posibilidades de impacto real del proyecto al final del mismo.
- Esta actividad quedó concluida al 100% en Marzo de 2010.
- **Los 60 alumnos y alumnas seleccionados provienen de la Región de Afar. El 60 % de ellas son mujeres.**
- **Un número muy importante de alumnos provenientes de la región 1, 2 y 4 las más alejadas del eje Awash – Assab y tradicionalmente las más abandonadas de Afar.**
- La comadronas estarán en la medida de lo posible asignadas a los Centros de Salud más próximos a sus comunidades de origen

A7. Supervisar y apoyar a las estudiantes

- La supervisión de la formación y el desarrollo y adquisición de conocimientos por parte de los alumnos forma parte del seguimiento cotidiano que llevan a cabo los formadores.
- El Dean del SHSC es el chairman de un comité de seguimiento de la evaluación continuada de todos los alumnos y del que también forman parte los formadores de la diplomatura y un representante del RHB.

A8.- Preparar, administrar y corregir los exámenes.

- La evaluación de los estudiantes es continua, y tiene en cuenta la participación del estudiante en clase, las evaluaciones de las prácticas, pruebas orales y exámenes intermedios y finales..

De esta revisión de la ejecución de las actividades previstas durante el primer año se deduce que en general el cumplimiento de las actividades previstas para ese periodo es completo.

A pesar de leves modificaciones de cronograma y planificación queda claro que la eficacia en relación al cumplimiento de las actividades contenidas en el marco lógico es indiscutible y que por lo tanto según la lógica del proyecto deben conducir a la obtención de los dos resultados establecidos en el marco lógico.

5.3.1.2 Eficacia esperada en relación a los resultados y objetivos.

Resultado 1 del Proyecto

- **El Resultado número 1**, en función del indicador establecido, *Numero de comadronas graduadas al finalizar el proyecto*, **tendrá un nivel de consecución al final del proyecto**, muy alto.
- **El indicador del Resultado numero 1**, *Numero de comadronas graduadas al finalizar el proyecto*, **refleja solo de manera parcial y tal vez no en sus elementos mas críticos la consecución del mismo**, *60 comadronas capacitadas y en ejercicio en las estructuras de salud de la Región de Afar*.
- No es suficiente que las comadronas estén formadas, deben estar también al final del proyecto asignadas a estructuras sanitarias a nivel de Centro de salud.
- La hipótesis clave es que el RHB tendrá la capacidad dentro de 2 años de crear y mantener aproximadamente 60 posiciones de comadrona en el cuadro de RH de la Región. Esto supone un crecimiento aproximado de un 200% en dos años.
- Durante la evaluación han aparecido indicaciones objetivas que fortalecen las condiciones positivas para la incorporación de las comadronas al cuadro de RH del RHB.

Resultado 2 del Proyecto

- Es indudable que los materiales aportados por el proyecto al SHSC constituyen una mejora sustancial para las condiciones de la enseñanza en ese centro.
- Los alumnos matriculados directamente en función de los inputs del proyecto son 60, pero esta oportunidad ha llevado al RHB a promover la matricula de 10 alumnos mas a cargo del presupuesto público y además 5 alumnos han autofinanciado su inscripción y se han sumado al numero total de la promoción de 2010.
- El volumen de estudiantes y la incorporación de nuevos instructores con experiencias diversas generan nuevas dinámicas que enriquecen el entorno de estudio del SHSC.

Objetivos del proyecto

- **Existen razones objetivas para defender que la consecución del resultado de la formación y incorporación de las comadronas al sistema de salud se producirá de forma satisfactoria**, o sea en una proporción alta al final del proyecto.
- **Esto puede leerse como una indicación sólida de que el Objetivo del Proyecto se alcanzara al final del mismo.**
- **De la forma en que se plantea el objetivo del proyecto** y especialmente su indicador, **se infiere que la interpretación que se hace del concepto de Cobertura, se limita a una visión de la Cobertura potencial.**
- Desde esta perspectiva, el proyecto aumentara las potencialidades del sistema, es decir aumentara su cobertura.
- **El proyecto no incorpora una visión de cobertura Real o Verdadera**, que debería tomar en consideración la interacción entre los servicios disponibles y las necesidades especificas de la población en función esencialmente de la forma y la frecuencia real de su uso por parte de la población. Los servicios no solo deben estar disponibles, deben ser efectivamente disfrutados por la población.
- **Con esta interpretación de Cobertura Verdadera, la lectura sobre la consecución del Objetivo de proyecto varía.**
- **El proyecto se centra en el concepto de “Suply Side”**, es decir en poner a disposición de la población recursos asistenciales en suficiente numero y calidad.
- **El 90% de los partos en Afar se producen en el domicilio de la madre** o en el ámbito de la comunidad y atendido por una partera tradicional.

- **Esto quiere decir, demanda casi nula de los servicios del sistema formal de salud.**
- **La accesibilidad, la posibilidad de hacer frente al gasto que implica y la aceptabilidad del servicio tienen un impacto fundamental sobre la demanda que se hace del mismo. Esos factores se pueden convertir en barreras al acceso a la atención, incluso si los servicios están disponibles.**
- En el caso particular de Afar es particularmente importante prestar atención al concepto de aceptabilidad y sus vínculos con un health seeking behavior de la población mas tradicional.
- El proyecto ha definido su lógica y fijado sus ambiciones en mejorar la oferta de la atención en salud para las mujeres de Afar. Esto sin duda, además de mejorar la calidad y cantidad de los servicios disponibles, tendrá un impacto indefinido pero positivo en la demanda de la población de esos servicios.
- El proyecto agrega además valores diferenciales; las comadronas son Afar, en su mayoría hablan Afar, conocen la cultura y las relaciones en las comunidades, son miembros de las comunidades a las que sirven, entienden el papel tradicional de las parteras....
- **Con el Objetivo General que se fija el proyecto, el análisis de contexto y necesidades previo a la definición del proyecto debería haber sido mas profundo lo que hubiera permitido incorporar elementos relacionados con factores determinantes de la demanda que hubieran fortalecido la consecución del Objetivo Especifico del Proyecto y su contribución a la consecución del Objetivo General.**

5.14 Conclusiones relativas al proceso y la gestión.

- **En la documentación de elaboración del proyecto no consta el resultado de un ejercicio profundo de análisis del contexto en el que se desarrollará el proyecto ni una definición causal del problema que pretende atajar** y que permita construir de manera informada la lógica interna del proyecto.
- Una definición clara del problema y sus causas, así como un análisis profundo del contexto en particular socio-cultural hubiera facilitado la formulación de un proyecto que maximizara su conexión con el entorno en particular con los agentes de salud formales, HEW e informales TBA's en las comunidades.
- El análisis profundo de contexto y necesidades previo a la definición del proyecto hubiera permitido plantear resultados y actividades relacionadas con determinantes de la demanda de los servicios por parte de las madres y mujeres en general que hubieran fortalecido la consecución del Objetivo Especifico del Proyecto y su contribución a la consecución del Objetivo General.
- El conocimiento del entorno general de Afar y de los diversos actores e iniciativas relacionadas a la salud que se desarrollan en la Región por parte del equipo y la coordinación de AMREF-Etiopía en Afar han facilitado de manera pragmática la conectividad del proyecto a pesar de que la propuesta y el Logframe no incluyera realmente actividades de articulación política y técnica del proyecto con su entorno.
- Durante todo el proceso de revisión de documentación, trabajo de campo y análisis, **no se han podido encontrar elementos concretos de valor añadido aportado por AVF y AMREF-España.** Ni en términos de discusiones y recomendaciones técnicas, ni a través de supervisiones o feedback específicos a áreas del proyecto o actividades desarrolladas por AMRE – Etiopia.

5.2 Recomendaciones.

5.2.1 Recomendaciones Tácticas

Reforzar la conectividad e interacción de proyecto con su entorno.

1. **Es fundamental empezar a definir las condiciones en las que las comadronas formadas se integraran en el entorno del sistema de salud formal de Afar**, así como su futura interacción directa o indirecta con los agentes tradicionales de salud en las comunidades.
2. Es importante empezar a trabajar el acuerdo con el RHB de despliegue de las comadronas en los Centros de Salud de las diversas Woredas.
3. Es importante tener lo antes posible una visión clara de las zonas geográficas prioritarias para el despliegue de las comadronas así como confirmar el nivel de las estructuras a las que serán destinadas.
4. Esto permitirá empezar a tener una visión de las condiciones generales que acogerán el despliegue de las nuevas comadronas.
5. Es importante, una vez conocidas las estructuras definidas para el despliegue, tener una evaluación detallada de las condiciones de esas estructuras. Equipos médicos, transporte, supply de medicamentos, comunicación o sistema de referencia son elementos clave para una implantación con garantías de las nuevas profesionales.

Revisar la adecuación y volumen de los medios del proyecto.

1. A pesar de que en el momento de la visita de terreno el SHSC no albergaba clases ya que las estudiantes se encontraban de practicas en el Hospital de Dubti, **la impresión general de las instalaciones no hace pensar que sea el mejor lugar para centrarse en el estudio durante un periodo de 3 años** en que las futuras comadronas están lejos de sus familia y comunidades.
2. Se deberían **plantear alternativas para la mejora general de las instalaciones del SHSC.**
3. Los medios materiales generales parecen escasos y no supondría una inversión demasiado grande adecuarlos a la licenciatura de comadrona y al numero de alumnos.
4. A pesar de las dificultades debería hacerse un esfuerzo para incorporar medios tecnológicos que permitan a alumnos e instructores beneficiarse de los recursos en la Web.
5. Algunos aspectos de las condiciones de vida de los alumnos como el acceso al agua, la cocina o la ventilación en los dormitorios es muy mejorable.

Reforzar el apoyo y seguimiento técnico al proyecto.

1. A pesar del poco tiempo pasado sobre el terreno esta claro que **algunos componentes técnicos requieren un mayor input externo y puntual en función de necesidades concretas.**
2. **En particular es muy recomendable la inclusión en el proyecto de consultarías técnicas** específicas que aporten elementos de mejora a la gestión. Una lista preliminar incluye:
 - a. Consultoría antropológica – Profundización en elementos de Health Seeking Behavior
 - b. Consultoría médica – Midwife-Revisar aspectos generales de la formación. Plantear los standares médicos para el deployment de las Comadronas.
 - c. Consultoría pedagógica. Formación para los formadores- Profundizar en la revisión de la calidad de la formación impartida.

3. Revisar el mecanismo de prácticas en el Hospital; el número de estudiantes combinado con la baja frecuentación del Hospital hace sospechar que las comadronas verán muy pocos pacientes.
4. A pesar de la complejidad es **fundamental replantear los medios con que cuenta el Hospital para una buena formación práctica. Los consultores externos deberían evaluar la calidad de esas prácticas.**

5.2.2 Recomendaciones Estratégicas.

Elementos para un posible desarrollo integral del proyecto.

1. Como ha quedado constancia en la reflexión sobre la proyección de la eficacia del proyecto con una perspectiva de tres años, posiblemente existen elementos causales del problema de la baja cobertura de la atención materna infantil y de las relaciones causales de la morbi mortalidad materna e infantil que el proyecto actual no ha tomado en consideración.
2. El contexto de Afar es un lugar relevante para producir un análisis profundo del problema, identificando sus causas, mapeando claramente los actores y sus intereses, entendiendo las interpretaciones socio-culturales en las comunidades y dialogando directamente con los actores políticos a los diversos niveles que permitiera definir un proyecto integral que persiguiera la reducción de la morbi- mortalidad, que pudiera medir y documentar sus resultados a medio plazo y por lo tanto incrementar su perfil político.
3. Ese es un objetivo complejo que tal vez el resultado del propio análisis preliminar desaconsejara, pero en mi opinión debería explorarse ya que existen indudablemente oportunidades externas y fortalezas internas.
4. Estas recomendaciones no pueden abordar los elementos clave de una reflexión de ese nivel pero, esta claro que habría que **focalizar las energías en tener un impacto positivo en la oferta de atención de calidad, pero también en los condicionantes claves de la demanda buscando incidir de manera integral en el aumento de la cobertura real.**
5. Habría que asegurar no solo la presencia de comadronas en los Centros de Salud, pero sobre todo sus condiciones de trabajo, los materiales con que cuentan, los medicamentos de los que disponen, el sistema de referencia y en particular la disponibilidad de cuidados para emergencias gineco-obstétricos de calidad y a tiempo.
6. **El gran desafío y valor añadido diferencial de un proyecto de esa naturaleza, consistiría en identificar formulas reales i efectivas de incidir sobre el incremento de la demanda real.**
7. Las barreras financieras, culturales o de genero deberían analizarse para buscar estrategias efectivas para mitigarlas minimizar así su impacto negativo sobre la demanda.
8. El análisis de esta evaluación, no permite describir ni explicar los elementos culturales generales que inciden sobre el health seeking behavior, pero si es claro que son un determinante central de la demanda y por lo tanto un factor clave en el incremento de la cobertura real.
9. El proyecto debería examinar profundamente el rol de las TBA´s a día de hoy en las comunidades y reflexionar de manera practica en como maximizar la presencia y legitimidad de esos agentes tradicionales de salud a la hora de incidir en un aumento de la cobertura verdadera de la atención.
10. La identificación de un rol concreto y efectivo de las TBA´s que las vincule de manera real al sistema formal de salud, que les otorgue un papel de sensibilizadoras y promotoras sobre el uso de los servicios disponibles pasa por general una conexión de trabajo concreta entre las TBA´s y los profesionales del sistema de salud, en particular las comadronas.

11. Un proyecto ambicioso y fundamentado en un entendimiento profundo del problema podría fijarse objetivos medibles y verificables que tuvieran un impacto real en la salud de las personas y además un potencial de investigación y documentación operacional que generaría oportunidades de transformación e incidencia política.
12. Un proyecto de esa envergadura y complejidad, no podría ser desarrollado en todo Afar y debería hacer elecciones críticas sobre su localización en una zona de la Región.
13. Habría que construir un argumento racional sólido que ayudara a superar las cuestiones éticas o políticas que estas elecciones pudieran generar.
14. El desarrollo integral del proyecto en una de las zonas de la Región debería coordinarse con la continuidad de las actividades del proyecto actual pero no ponerlas en cuestión.

Investigar la situación general y las necesidades específicas de la población en el territorio de Afar ocupado por los Issa.

1. El proyecto actual excluye completamente de su radio de acción el territorio de facto ocupado por los Issa. A pesar de que la evaluación no entabló ninguna discusión real sobre la situación de la población en esos territorios y de sus posibles necesidades, tampoco abstuvo ninguna respuesta convincente a la pregunta sobre su exclusión de las actividades del proyecto
2. Aparentemente las razones son complejas y políticas. Entiendo que ninguna de esas dos razones deben ser aceptables para AVF y AMREF.
3. La decisión de excluir una parte de la población de Afar de los beneficios de proyecto debe ser bien evaluada y fundamentada en un análisis riguroso de necesidades, actores y riesgos.
4. El resultado de esa reflexión debe comunicarse claramente a los diferentes stakeholders y en particular a las comunidades a quienes les atañe directamente.
5. De no llevarse a cabo este proceso de manera rigurosa y transparente se compromete la percepción y consecuentemente aceptación del proyecto y las organizaciones que lo promueven y ejecutan.