



EVALUACION INTERMEDIA DEL CONVENIO 10-CO1-097

Mejora de los indicadores de salud materna e infantil en Marruecos y Mauritania en los sectores de infraestructuras y servicios (formación y apoyo a la sociedad civil) mediante proyectos de desarrollo.

INFORME FINAL DE EVALUCION INTERMEDIA

Septiembre 2013

TIPO DE EVALUACION	EXTERNA
Responsable de la evaluación	JUCAR Consultores
Periodo evaluado	2 años (01 enero 2011 – 31 diciembre 2012)
Fecha de comienzo	01 de marzo de 2013
Fecha de finalización	30 julio 2013
Plazo de ejecución	20 semanas
Fase de gabinete	3 semanas
Fase de campo	13 semanas
Informe final	4 semanas

ORGANISMO EJECUTOR DEL CONVENIO	Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España (FAMME) a través de Medicus Mundi Andalucía
Responsable del seguimiento	OTC-AECID Marruecos y Mauritania
Duración del convenio	4 años
Comienzo de la ejecución	01 enero 2011
Finalización prevista Convenio	31 de diciembre 2014
Países de intervención	Marruecos: Regiones sanitarias de Tánger-Tetuán, Taza-Al Hoceima-Taounate, El Oriental y Sous-Massa-Draa (21 provincias) Mauritania: Región de Brakna (5 distritos)
Sector de intervención	Salud
Sub-sectores de intervención	1. Salud materno-infantil 2. Fortalecimiento sociedad civil (derecho a la salud, participación comunitaria especialmente mujeres) 3. Infraestructuras y equipamiento de unidades de atención primaria de salud con servicio de maternidad
Contraparte local	1. Ministerio de salud de Marruecos 2. Unión de Acción Femenina (UAF) de Marruecos 3. Ministerio de salud y Ministerio de Asuntos Sociales, infancia y familia de Mauritania
Presupuesto total del convenio	5.620.000,00 EUR
Aporte AECID	4.500.000,00 EUR
POBLACIÓN BENEFICIARIA	3.000.000 PERSONAS (mujeres en edad fértil e infancia menor de 5 años de edad)

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Antecedentes y objetivo de la evaluación
- 1.2. Breve descripción del proyecto
- 1.3. Metodología empleada en la evaluación
- 1.4. Presentación del equipo de trabajo
- 1.5. Condicionantes y límites del estudio realizado
- 1.6. Descripción de los trabajos ejecutados
- 1.7. Estructura de la documentación presentada

2. EVIDENCIAS ENCONTRADAS

- 2.1. Concepción inicial
- 2.2. Descripción detallada de su evolución
 - 2.2.1 MARRUECOS
 - 2.2.2 MAURITANIA

3. CRITERIOS DE EVALUACION Y FACTORES DE DESARROLLO

- 3.1. Eficacia
- 3.2. Eficiencia
- 3.3. Coherencia
- 3.4. Aspectos metodológicos
- 3.5. Viabilidad
- 3.6. Impacto
- 3.7. Cobertura
- 3.8. Participación
- 3.9. Otros (pertinencia, alineamiento, apropiación).

4. CONCLUSIONES Y ENSEÑANZAS OBTENIDAS

5. RECOMENDACIONES

6. ANEXOS

SIGLAS Y ACRONIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMSME	Asociación Mauritana por la salud de la madre y de la infancia
ASBL	Asociación sin fines lucrativos
ASC	Agente de salud comunitario
CPN	Consulta prenatal
CPON	Consulta post natal
CS	Centro de salud
CSCA	Centro de salud comunitario con módulo de partos (Marruecos)
DHSA	Dirección de Hospitales y Cuidados Ambulatorios
DIU	Dispositivo Intrauterino
DMS	Delegación Provincial del Ministerio de salud (Marruecos)
DP	Dirección de la Población (Marruecos)
DRAS	Dirección Regional de Acción Sanitaria (Mauritania)
DRS	Dirección Regional de Salud (Marruecos)
ESSB	Establecimientos de salud de base (Marruecos)
FAMME	Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España
FO	Forfait obstétrico
IEC	Información, Educación, Comunicación
IOV	Indicadores Objetivamente Verificables
LB	Línea de Base
MASEF	Ministerio de Asuntos Sociales, Infancia y Familia de Mauritania
MMA	Medicus Mundi Andalucía
MML	Matriz del Marco Lógico
MS	Ministerio de Salud en Mauritania o Marruecos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONGD	Organización No Gubernamental de Desarrollo
OTC	Oficina Técnica de Cooperación de la AECID
PAC	Plan de Acción del Convenio (anual)
PF	Planificación familiar
PNDS	Plan Nacional de Desarrollo Sanitario
PNSR	Plan nacional de salud reproductiva (Mauritania)
PS	Puesto de Salud (Mauritania)
PSR	Plan de Salud Rural (Marruecos)
RMDS	Red Marroquí por la Defensa de la Salud (Marruecos)
SMD	Región de Sous-Massa-Draa (Marruecos)
SMI	Salud Materno Infantil
SONU	Cuidados obstétricos y neonatales de urgencia
SR	Salud Reproductiva
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAT	Región de Taza-AlHoceima-Taounate (Marruecos)
TdR	Términos de Referencia
TT	Región de Tánger-Tetuán (Marruecos)
UAF	Unión de Acción Femenina (Marruecos)
UG	Unidad de Gestión.
USB	Unidad de Salud de Base

1. INTRODUCCIÓN¹

El presente documento recoge el informe de evaluación intermedia realizado por JUCAR *Consultores de Desarrollo Social*, tras las fases de estudio de gabinete y de campo, comprendidas entre el 01 de marzo y el 15 de julio de 2013. JUCAR Consultores es una empresa consultora instalada en Marruecos desde hace 6 años que cuenta con amplia experiencia en la evaluación de Convenios, programas y proyectos de salud ejecutados en el país por diferentes asociaciones, ONG y organismos internacionales de cooperación

Tras la fase de gabinete, del 01 al 21 de marzo de 2013 y la presentación del Informe preliminar, se realizó la fase de campo, que comenzó en la última semana de marzo con visitas a las Delegaciones provinciales de salud de la región Sous Massa Draa que son beneficiarias directas de la intervención del convenio 10-CO1-097 (provincias de Agadir, Tiznit y Sidi Ifni).

A partir del mes de abril y hasta finales de mayo, se realizaron visitas y reuniones – incluyendo la asistencia a talleres regionales de planificación - , con los responsables del Convenio en la OTC de Rabat, Direcciones Centrales del Ministerio de Salud de Marruecos, con las responsables de la UAF y de la Red de Asociaciones por el derecho a la salud en Rabat y se realizó una visita de cinco días de duración a Mauritania (Nouakchott y Aleg, capital de la provincia de Brakna), donde se mantuvieron reuniones con los responsables del Convenio de MMA, la OTC, el Ministerio de Salud, la DRAS y se participó en una reunión con mujeres beneficiarias de las acciones.

La visita no pudo cumplir todos sus objetivos debido a que la región estaba en plena campaña de vacunación y a una cierta alarma sanitaria que se generó tras la muerte súbita de varias personas, sin causas conocidas, lo que aconsejó acortar el viaje a la zona de Aleg, no pudiéndose visitar los CS previstos ni reunirse con el personal sanitario, especialmente los gestores del FO locales ni del MASEF.

Durante un mes y medio (mediados de abril a finales de mayo) la fase de campo se vio ralentizada en Marruecos a causa de la Campaña nacional de vacunación, que promovida por el Ministerio de Salud movilizó a todo el personal de salud, tanto del nivel central como regional, provincial y comunal y que fue la causa de no poder realizar entrevistas con las DRS, las DMS y no poder visitar los centros de salud.

A partir de finales de mayo, una vez finalizada la Campaña nacional, pudo ya el equipo evaluador continuar con las visitas de campo, realizando desplazamientos a las tres regiones sanitarias del norte de Marruecos (Tánger-Tetuán, Taza-Al Hoceima-Taounate y el Oriental), visitando las DRS, algunas DMS y Centros de salud.

¹**En el presente documento, los términos empleados para designar a las personas están hecho en sentido genérico, tienen a la vez un valor en femenino y en masculino.**

1.1. Antecedentes y objetivo de la evaluación

En Programas y proyectos de larga duración, como el presente Convenio, es muy recomendable, en aras de la buena gestión y ejecución, realizar una evaluación de medio término o intermedia, que sirva para conocer el estado de avance, los problemas encontrados durante su desarrollo y especialmente, aportar posibles soluciones. En el caso de los Convenios financiados por la AECID es además una exigencia que ya se contempla en la fase de formulación del documento de Convenio.

El objetivo principal de la evaluación intermedia, tal como se describe en los TdR, es contribuir a la mejora en la ejecución de las acciones en curso, indicando en su caso la necesidad de reorientar o modificar la gestión de las mismas de forma que puedan contribuir de forma más eficaz a la consecución de los objetivos previstos, pudiendo, en su caso, recomendar nuevos campos de intervención (sub actividades).

La evaluación ha respetado las especificaciones de los TdR, centrándose especialmente en el análisis de la formulación del Convenio, la verificación de las actividades realizadas durante los dos primeros años de ejecución, su pertinencia, el grado de ejecución en relación a las acciones planificadas, analizando al mismo tiempo el modo de gestión y ejecución, la incidencia sobre los criterios de evaluación (eficacia, eficiencia, participación, coherencia, aspectos metodológicos, impacto, viabilidad, la apropiación, alineamiento y el enfoque de género del Convenio).

También se han analizado la evolución a medio plazo y las perspectivas de cumplimiento al final del Convenio, haciendo recomendaciones para los dos años restantes.

1.2. Breve descripción del Convenio

La Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España (FAMME) se encuentra ejecutando desde el 1 de enero de 2011 el Convenio *10-CO1-097 Mejora de los indicadores de salud materna e infantil en Marruecos y Mauritania en los sectores de infraestructuras sociales y servicios (formación y apoyo a la sociedad civil) mediante proyectos de desarrollo*, que tiene como objetivo incidir positivamente en los indicadores de salud reproductiva e infantil en zonas determinadas de Marruecos y Mauritania, mediante la mejora y extensión de la atención sanitaria pública prestada a las mujeres en edad reproductiva y a los niños en los primeros años de vida.

Este Convenio se puede considerar como una segunda fase complementaria o de consolidación del anterior Convenio 06-CO1-056: *Mejora de los indicadores de salud materna e infantil en el Magreb* ejecutado también por **Medicus mundi** en ambos países durante el periodo 2006 – 2010. La Duración del Convenio es de 4 años, hasta el 31 de diciembre de 2014.

El Convenio, a través de sus acciones, pretende apoyar la adecuada implementación de las programaciones de salud reproductiva de las administraciones públicas de Marruecos y de Mauritania, en el sentido de ofrecer una atención de mejor calidad a mayor número

de mujeres e infancia, de forma que tenga una incidencia real en la mejora de indicadores de salud como la mortalidad materna e infantil.

Como se desprende del objetivo citado, los socios locales son principalmente los Ministerios de Salud del Reino de Marruecos y de la República Islámica de Mauritania, a través de sus servicios centrales y de su red desconcentrada en las zonas de actuación. En el caso de Marruecos, y con el fin de complementar el componente de participación comunitaria, se trabaja en asociación con la Unión de la Acción Femenina (UAF), presente en la mayor parte de las regiones del país, y con la RMDS.

El criterio más importante para la selección de estos socios ha sido la idea, asumida desde hace años por **Medicus mundi**, de que son las administraciones públicas las que deben garantizar los derechos de los ciudadanos, y en este caso el derecho a la salud. Por ello, **medicus mundi** contribuye a reforzar sus estructuras y capacidades de actuación. Además opera un factor de sostenibilidad ya que son también las administraciones las que pueden dar continuidad a este apoyo más allá de la finalización de las acciones. Para el componente de participación comunitaria es evidente que se precisa trabajar con las asociaciones de la sociedad civil, especialmente las que son conformadas por mujeres en defensa de sus derechos.

Las zonas concretas de la intervención son, en Marruecos, las demarcaciones de las Regiones Sanitarias de Tánger-Tetuán, Taza-Alhucemas-Taounate y Oriental, más las de las Delegaciones de Salud de Agadir, Tiznit y Sidilfni, en la Región de Souss-Massa-Draa; y en Mauritania, la Región Sanitaria de Brakna, con sus 5 moughataas: Aleg, Bababé, Boghé, Maghta Lahjar y M'Bagne.

El Convenio ha identificado las siguientes líneas de trabajo, que se están desarrollando en las zonas de intervención de ambos países, atendiendo a las especificidades propias de cada uno de ellos y a los respectivos planes de actuación en materia de salud reproductiva e infantil:

1. Formación de personal sanitario al servicio de los Ministerios de Salud:

- Formación de personal sanitario en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva: seguimiento del embarazo, atención a embarazos de riesgo, parto, postparto, planificación familiar, DIU, clases de madres, etc.
- Apoyo a la estrategia AIEPI (atención integral de la infancia, estrategia promovida por la OMS) en sus componentes clínico, comunitario y organizacional.
- Refuerzo de capacidades en gestión de programas y servicios sanitarios (micro planificación, gestión de CS).

2. Participación comunitaria y derecho a la salud:

- Apoyo a la elaboración y puesta en marcha de una estrategia de Participación Comunitaria en salud en Marruecos y en Mauritania.

- Acciones de refuerzo de las capacidades de agentes activos en el ámbito local (municipios y sociedad civil) y eventos de promoción de la comunicación entre autoridades locales y sociedad civil.
- Apoyo al colectivo de ONG por el derecho a la salud mediante acciones de refuerzo de sus capacidades y eventos para la promoción de este enfoque.

3. Rehabilitación de infraestructuras y equipamiento sanitario de atención a la salud reproductiva:

- Rehabilitación/reconstrucción de maternidades (rurales).
- Aprovisionamiento de materiales y equipos adecuados de estas instalaciones.
- Acondicionamiento y equipamiento de maternidades de referencia y otras infraestructuras de salud conexas.

1.3. Metodología empleada en la evaluación

El plan de trabajo seguido para la evaluación de este convenio, se ha ajustado a la metodología propia de este tipo de trabajos; esto es, fase de gabinete y de visita al terreno, respetando los criterios de evaluación recomendados por AECID y aprobados en los Términos de Referencia. Se ha seguido la metodología contenida en la propuesta metodológica de la evaluación diseñada por JUCAR y aceptada por **medicus mundi**.

Se ha desarrollado una metodología enfocada en resultados, orientada por el documento de formulación y los PAC de los dos años a evaluar más el PAC en ejecución, considerando al inicio los factores, los antecedentes y el contexto de la puesta en marcha de la intervención y su ejecución posterior.

Después de haber examinado y analizado la documentación del Convenio, se realizaron las visitas de terreno, con reuniones y entrevistas con la mayor parte de los responsables y actores locales, verificando el grado de satisfacción con el Convenio, el grado de ejecución de actividades y de consecución parcial o total de resultados para lograr los objetivos propuestos en la planificación en cascada planteada en el documento de formulación.

La metodología aplicada en la fase de campo ha sido participativa y dado que el contenido más importante del Convenio está relacionado con la salud materno-infantil y el fortalecimiento de la sociedad civil, especialmente las asociaciones de mujeres por el derecho a la salud, se aplicó desde el inicio, ya lo largo de toda la evaluación, el enfoque de género. Para ello se emplearon algunos indicadores específicos que fueron previamente presentados a **medicus mundi** en el informe preliminar de la evaluación intermedia.

La recogida y posterior análisis de información, fue enfocada hacia la calidad y la cantidad, tanto de los procesos de planificación y de gestión como de los de ejecución, orientado todo ello al análisis y respuesta de los criterios de la evaluación planteados en los TdR: pertinencia, eficacia, eficiencia, coherencia, aspectos metodológicos, cobertura, viabilidad, participación, alineamiento y apropiación.

En este análisis fue considerado de forma especial el enfoque de género y el contexto social, político y económico de ambos lugares de intervención y su relación con el proceso de ejecución de actividades y el logro de resultados. Del análisis de la documentación revisada y de las visitas y reuniones celebradas, podemos deducir que esta influencia es especialmente notoria en la ejecución del convenio en ambos países.

a.- Fase de Gabinete

Realizada durante los meses de diciembre de 2012 a marzo de 2013, contó con una primera etapa en la cual fueron acometidos:

- El estudio y organización de toda la documentación aportada por **medicus mundi**.
- Los aspectos de información sobre la concepción, desarrollo y gestión del Convenio, analizando la formulación del convenio, las realizaciones anteriores llevadas a cabo por la ONG y su composición en lo relativo a recursos humanos.
- El análisis de los aspectos más destacados de la zona de intervención y su contexto.
- El análisis de la viabilidad general de las actuaciones previstas y los riesgos de las mismas.
- El estudio del PAC 1, PAC 2; PAC 3 y del PAC 4 y su relación con el convenio en general.
- El estudio de los informes de seguimiento, realizados por **medicus mundi** y presentados a la entidad financiadora, que recogen los aspectos formales (inicio y previsión de final), el análisis técnico de su evolución de acuerdo con los objetivos y resultados, dificultades encontradas, actividades realizadas y gastos económicos cometidos.
- La identificación de actores e informantes clave de la evaluación². Determinación de la documentación que será solicitada a las entidades y actores implicados en la intervención.
- El diseño de las herramientas e instrumentos necesarios para facilitar la recopilación sistematizada de la información, su tratamiento y análisis (muestreo, cuestionarios, guiones de entrevistas, etc.).
- Los aspectos logísticos para la organización de la visita al terreno, en coordinación con los responsables del convenio.

² Se aporta como Anexo I – Metodología: Listado de contactos e informantes

- Reuniones de trabajo en la sede de Tánger, con el equipo de gestión del Convenio en Marruecos y entrevistas por teléfono con el equipo de Mauritania.

b.- Fase de campo

La fase de campo estuvo orientada principalmente a la recogida de información y a la comprobación in situ de la puesta en marcha del Convenio y de los avances realizados desde enero 2011 hasta el 31 de diciembre de 2012 (período evaluado), considerando la ejecución de actividades y el impacto de las mismas en los actores locales, los beneficiarios directos y la población en general.

A finales de marzo, se celebró una reunión de trabajo en Tánger con el equipo de **medicus mundi** responsable de la coordinación del Convenio. Posteriormente, ya en el mes de abril y mayo, se mantuvieron reuniones con la OTC, Dirección de la Población del MS, la UAF y la red de asociaciones por el derecho a la salud en Rabat, con el fin de conocer su percepción sobre la ejecución del Convenio.

A finales de mayo y durante el mes de junio se realizó la visita a Mauritania, donde se mantuvieron reuniones con todos los actores principales (**medicus mundi**, OTC, MS) tanto a nivel de sedes centrales como a nivel regional, provincial y comunitario. También se continuó con las visitas a las regiones del norte de Marruecos y se participó en diferentes reuniones y talleres organizados por **medicus mundi** con los actores locales (reuniones con directores regionales y delegados provinciales, talleres inter regionales de participación comunitaria, talleres regionales de planificación).

El proceso de recogida de información en el terreno se realizó a dos niveles, empleando en cada caso las herramientas apropiadas y en función de la disponibilidad de los interlocutores:

a.- Con los servicios centrales de salud, representantes de la sociedad civil o informantes clave.

- Reuniones individuales y colectivas con el MS de cada país y con la Direcciones centrales - en el caso de Marruecos con la DP - y responsables de los Programas nacionales de salud materno-infantil, rural y de salud de base. Acciones 1,2,3,4,5 y 6
- Reuniones con las responsables de la UAF y de la RMDS en Rabat (Marruecos). Acción 2
- Reuniones con otros actores en salud. Todas las acciones

b.- En las Delegaciones provinciales / Moughataas,

- Se seleccionaron, de común acuerdo con **medicus mundi**, las Delegaciones provinciales a visitar en Marruecos y en Mauritania. Con cada Delegación se decidió los Centros de salud que se visitarían.
- Se estableció un calendario de visitas y reuniones, en coordinación con **medicus mundi**, las diferentes DMS (Marruecos) y la DRAS (Mauritania). Este calendario se vio interrumpido por la Campaña Nacional de vacunación en Marruecos y Mauritania, aunque logró recuperarse prolongando en dos semanas la fase de campo en este país. En Mauritania coincidió con una alerta sanitaria que impidió realizar algunas de las actividades previstas.
- Se mantuvieron reuniones con el personal responsable de las DMS y DRAS. Se utilizaron guiones para las entrevistas semi-estructuradas (presentados y validados previamente en el informe preliminar). Acciones 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
- Se visitó la mayoría de los CSCA seleccionados y se realizaron entrevistas con el personal sanitario y algunas mujeres beneficiarias.
- Se mantuvieron reuniones individuales y grupales (Focus Groupe) con las representantes provinciales de la UAF, la RMDS, líderes comunitarios beneficiarias de la formación en SONU en Mauritania. Acciones 1,2, 4 y 5.
- Participación en dos talleres interprovinciales sobre participación comunitaria con presencia de todos los actores, públicos y sociales, implicados en el proceso.
- Se participó en reuniones y 3 talleres inter regionales donde participaron la totalidad de los delegados provinciales de las 4 regiones sanitarias de Marruecos.
- Se enviaron cuestionarios a las delegaciones provinciales para recogida de datos (indicadores de salud, cobertura, etc.).

De forma general y durante toda la duración de la fase de campo se mantuvieron diversas reuniones con **medicus mundi** en Marruecos y Mauritania, para informar del trabajo realizado e intercambiar opiniones a fin de clarificar y contrastar los hallazgos que se iban produciendo.

Fase de elaboración del informe

Para la elaboración del informe final se siguió el siguiente proceso:

- Análisis interno de toda la información y de todas las impresiones y datos objetivos encontrados en la fase de campo, contrastándolos con los informes y demás documentos del Convenio. Redacción de un informe preliminar (borrador).
- Puesta en común de los hallazgos con **medicus mundi** en Marruecos. Intercambio de opiniones. En el caso de Mauritania, unas semanas después de la visita al país,

se envió a **medicus mundi** un informe sucinto del desarrollo del Convenio en aquel país.

- Redacción del informe final.

HERRAMIENTAS

A lo largo de toda la misión se utilizaron las siguientes herramientas³:

Entrevistas individualizadas, semi - estructuradas a través de guiones preestablecidos, pero con espacio a la libre expresión y discusión, tuvieron como objeto conocer la opinión que tiene cada persona entrevistada sobre la ejecución del Convenio, desde su fase de planificación hasta la obtención de primeros resultados, conocer el grado de implicación, participación e interés de cada una de ellas, contrastando posteriormente los hallazgos con los informes y el resto de la documentación existente y analizando en cada situación y lugar la veracidad y objetividad de los mismos.

Además de las entrevistas con **Medicus mundi** y AECID en Marruecos y Mauritania, se realizaron entrevistas con tres directores regionales, los 21 delegados provinciales, jefes médicos y mayores de SIAAP de cada provincia, así como los puntos focales del Convenio en las 4 DRS de Marruecos. También se realizaron entrevistas con representantes de la UAF y la red de asociaciones por el derecho a la salud y personal clave del Ministerio de salud.

Encuesta para recabar datos importantes para conocer la tendencia de los principales indicadores del convenio así como otros datos que permitieran analizar los efectos del mismo sobre la población y los propios CS

En Mauritania se realizaron entrevistas con personal del MS, Director regional de Brakna, representantes de otros actores públicos y privados presentes en el país.

Reuniones con grupos focales, a través de guiones preestablecidos, pretendieron abrir el espacio a la discusión e intercambio de opiniones en relación con la intervención, intentando destacar el grado de satisfacción o de frustración de cada grupo en cuanto a su participación en la ejecución del Convenio, como actores de la misma pero también como grupo meta, beneficiario de los resultados esperados. Importante fue descubrir algunas propuestas de grupo dirigidas a mejorar la calidad de la intervención.

Se mantuvieron reuniones de este tipo con el personal de algunas DMS y CSCA, beneficiarios de cursos de formación tanto en Marruecos como en Mauritania, las asociaciones locales, *Personal Relais Comunitario* (PRC) (voluntarios de salud en Marruecos), y personal de diversos centros de salud.

³Se aportan en Anexo las guías y otras herramientas utilizadas.

Las reuniones y entrevistas con informantes clave, tanto individuales como grupales, abarcaron a otras personas identificadas a lo largo de la fase de campo.

Los **principios metodológicos** que rigieron esta evaluación, pueden resumirse en:

- El **alineamiento** con lo establecido en los TdR al respecto de objetivos, resultados y enfoque general.
- Comunicación regular con el equipo de **medicus mundi** (unidad gestora). Revisión periódica del desarrollo de la misión (calendario, logros parciales, previsiones...).
- Énfasis en la **participación** y el **aprendizaje**. Se asistió a tres talleres (regionales e inter regionales) de los actores locales con **medicus mundi**.
- **Enfoque de género**.
- **Rigor metodológico** en el uso de herramientas y la objetividad en el análisis de resultados y hallazgos. El Enfoque del Marco Lógico fue un elemento de referencia.
- **Flexibilidad** durante la ejecución, como elemento necesario para adaptarse a las necesidades, peculiaridades y situaciones imprevistas que la evaluación planteó.
- **Respeto** con la diferencia cultural, hábitos y costumbres.
- El uso combinado y razonable de **herramientas** apropiadas para maximizar la cantidad y calidad de información: entrevistas semiestructuradas a diferentes actores, grupos focales, encuestas, análisis de nueva documentación, informes de seguimiento, observación directa o participante así como la triangulación de los datos.
- **Adecuación de los productos finales** a los requerimientos señalados en los TdR. Propuestas de mejora (planificación, gestión, ejecución...).

1.4. Presentación del equipo de trabajo

JUCAR, Consultores de desarrollo social, es una empresa jurídicamente constituida en Marruecos, relacionada con la cooperación al desarrollo, creada en 2006 y formada por profesionales del sector, tanto españoles como marroquíes. Tiene amplia experiencia en todo tipo de trabajos relacionados con la cooperación al desarrollo, ejecutados principalmente para distintas administraciones públicas, tanto nacionales como extranjeras. Uno de sus puntos fuertes es el relativo a la evaluación de proyectos, ya sea para instituciones públicas como para ONG.

La evaluación fue llevada a cabo por tres personas que trabajaron de forma coordinada en la concepción teórica de la evaluación (fase de gabinete e informes) y en la fase de trabajo de campo: Sra. Carmen Romero, Sra. Angela Huergo y Sr. Juan Melenchón.

El equipo de JUCAR se completó con dos expertos en ejecución, seguimiento y evaluación de proyectos, uno de ellos especialista en gestión, Mme. Saida Jbairi y otro en salud pública, (Dr. D. José Luís Fernández Toda).

El equipo evaluador de JUCAR Consultores comparte las siguientes competencias:

- ✓ Experiencia mínima de 4 años de cooperación al desarrollo (la mayoría cuenta con más de 15 años de experiencia en cooperación al desarrollo).

- ✓ Experiencia mínima de 5 años en la ejecución de proyectos en el terreno (algunos de los miembros del equipo tienen más de 15 años de experiencia en ejecución de proyectos de salud y desarrollo).
- ✓ Conocimientos y experiencia de 3 años en evaluación de proyectos (superada en varios años por algunos miembros del equipo).
- ✓ Conocimiento de la realidad socioeconómica del Maghreb y experiencia de trabajo en Marruecos y Mauritania.
- ✓ Conocimiento del sistema sanitario marroquí.
- ✓ Experiencia en evaluaciones en el ámbito sanitario.
- ✓ Todos ellos disponen de conocimiento sobre políticas españolas de cooperación, agentes y actores de la cooperación, y del Convenio como instrumento de financiación de la AECID.
- ✓ Han trabajado en proyectos de cooperación con enfoque participativo
- ✓ Dominio del español y francés así como una parte del equipo habla y comprende el árabe perfectamente.

1.5. Condicionantes y límites del estudio realizado

Un condicionante importante, ya comentado anteriormente, fue la realización en Marruecos de la campaña nacional de vacunación, lo que motivó el atraso en la ejecución de la fase de campo y el reajuste del calendario inicialmente previsto en el Informe preliminar del equipo evaluador.

Otro condicionante fue sin duda la dispersión y grandes distancias que hay entre las regiones, provincias y centros de salud en Marruecos (más de 800 Km entre Tánger y Agadir, Tiznit, Sidi Ifni, Oujda y algunas delegaciones provinciales de la región del Oriental), sin contar además con que el Convenio se desarrolla también en Mauritania, país de cierta inestabilidad político-social y al que fue necesario desplazarse en avión. Mucho tiempo del dedicado a las visitas a estos lugares se ocupó en los viajes de tan largos trayectos.

En Mauritania las condiciones para realizar la misión de evaluación no fueron las óptimas pues la visita, anunciada y programada previamente con el coordinador de **medicus mundi** en el país, coincidió con una campaña nacional de vacunación que movilizó a todo el personal de salud, no estando disponibles para las entrevistas y reuniones. También y por razones de seguridad la circulación está restringida a las horas diurnas y en la zona se estaba produciendo un alarmante número de fallecimientos por una probable epidemia de meningitis que desaconsejaba las visitas a hospitales y centros de salud.

La disponibilidad de la mayoría de los socios locales y del personal sanitario en Marruecos no fue un condicionante, sin embargo si lo fue en el caso de algunas asociaciones, lo que impidió realizar alguna entrevista y reunión o bien posponerla para otro momento.

El estudio realizado se limitó a lo estipulado en los términos de Referencia de la misión de evaluación. No obstante, se pudo apreciar de forma objetiva el impacto del anterior Convenio, ejecutado también por **medicus mundi** en las mismas zonas de intervención, dedicando algún párrafo de este informe a exponer dichas valoraciones sobre la calidad y estado de conservación de algunos centros de salud construidos o rehabilitados.

No se entra en detalle a valorar el contenido de los programas de formación, que son fruto de programas y estrategias nacionales de salud, si no que se valora el nivel de satisfacción de los beneficiarios, el nivel de ejecución de las acciones formativas, su calidad e impacto, así como la conveniencia o no de introducir nuevos temas de formación solicitados por los actores locales.

1.6. Descripción de los trabajos ejecutados

Los trabajos ejecutados por la misión de evaluación comenzaron con la lectura y análisis, en la fase de gabinete, de toda la documentación relativa al Convenio y a la misión de evaluación (términos de referencia para la evaluación, documento de formulación del Convenio, programas operativos anuales – PAC –, informes anuales de ejecución física y financiera, proyectos del Convenio, acuerdos de colaboración firmados, Programa país de la AECID e informes de la cooperación española en Marruecos, entre otros. También en esta fase se realizaron reuniones y entrevistas con el personal de **medicmundi** en Marruecos e intercambios por teléfono e internet (email) con el responsable del proyecto en la sede de **medicus mundi** en Granada y Mauritania.

Como resultado de este primer trabajo y dando cumplimiento a lo establecido en los términos de referencia de la misión de evaluación, se elaboró el informe preliminar de evaluación intermedia, que fue enviado a **medicus mundi** a finales del mes de marzo y que se adjunta en ANEXO.

Posteriormente comenzó la fase de campo, que se prolongó hasta la tercera semana del mes de junio, dedicando la última semana de junio y primera de julio para la redacción del informe y su posterior envío a **medicus mundi** (informe sucinto sobre Mauritania y versión borrador del informe final de ambos países) para análisis y observaciones.

No se pudo realizar el taller de restitución del informe final por encontrarse los responsables de **medicus mundi** y de la AECID fuera del país en el mes de julio. No obstante en Mauritania, tras la visita de una semana realizada al país para la misión de evaluación, se presentaron al equipo de **medicus mundi** del país las primeras conclusiones sobre la evaluación.

La fase de campo consistió principalmente en visitas a todas las regiones sanitarias participantes directas en el Convenio de Marruecos y a la región de Brakna en Mauritania. También se realizaron visitas a Rabat y Nouakchott, capitales de ambos países y donde se mantuvieron reuniones con los Ministerios de salud, OTC's, otros actores en salud, informantes clave y en el caso de Marruecos, con la UAF y RMDS.

La descripción detallada del itinerario de estas visitas se presenta en ANEXO. En todas ellas se mantuvieron reuniones y entrevistas semi-estructuradas, a través de guiones establecidos, con los responsables de la ejecución del Convenio y con los beneficiarios directos de las intervenciones, distribuyendo en algunos casos, cuestionarios que fueron rellenados por el personal entrevistado (personal sanitario en formación, Delegaciones provinciales de salud).

En Marruecos se visitaron las 3 Direcciones regionales de salud, 12 Delegaciones provinciales (aunque se mantuvieron entrevistas e intercambio de opiniones con la casi totalidad de los 21 delegados provinciales aprovechando otros eventos organizados por el Convenio), 12 centros de salud rurales y urbanos y se participó en 3 talleres regionales e interregionales de planificación y de participación comunitaria. Pudiendo así entrevistar a un gran número de personas, y alcanzando a recabar opiniones de las 21 Delegaciones provinciales de salud beneficiarias, los 4 puntos focales regionales del Convenio, el consultor contratado para la componente de participación comunitaria, 7 asociaciones locales (algunas de ellas representantes en Comités locales de salud) y 4 PRC's.

A lo largo de las visitas de terreno, se mantuvieron también reuniones con voluntarios comunitarios, responsables de asociaciones de la sociedad civil y personal sanitario de los centros de salud que están recibiendo la formación (componente 1 del convenio).

En Mauritania, el equipo de evaluación, tras las primeras visitas y reuniones mantenidas en Nouakchott con el personal de **medicus mundi**, Ministerio de salud, OTC y otras ONG y agencias de cooperación presentes en el país, se desplazó a Aleg, capital de la región de Brakna, lugar de intervención del Convenio, donde se mantuvieron reuniones con el delegado de salud, equipo local de **medicus mundi**, personal sanitario y se realizó un taller con comadronas auxiliares participantes en la formación de SONU. No se pudieron visitar centros de salud debido a que en el momento de la visita se estaba realizando una campaña de vacunación en la zona que había requerido la participación de todo el personal sanitario por lo que no estaba disponible, además de la alarma sanitaria antes mencionada.

A medida que las visitas y reuniones se iban celebrando, el equipo evaluador informaba y se reunió en varias ocasiones con el equipo de **medicus mundi** en Marruecos para analizar y contrastar los hallazgos que se iban produciendo, lo que sirvió para clarificar muchas dudas y situaciones. También se aprovecharon estos intercambios para informar y planificar las siguientes visitas y reuniones. Es justo mencionar el apoyo y disponibilidad mostrados en todo momento por **medicus mundi** Marruecos y Mauritania al equipo de evaluación.

También y durante toda la fase de campo, el equipo evaluador tuvo acceso a múltiples documentos generados por las DRS y delegaciones de salud, como informes y planes de acción, actas de formaciones realizadas, monografías provinciales, manuales y guías de formación, etc. que fueron una valiosa fuente de información a la hora de elaborar el informe final.

Los comentarios y aseveraciones que se presentan en el capítulo de “Evidencias encontrados” responden a lo expresado por las personas entrevistadas, después de haber sido contrastado y verificar que no se refiere a la percepción de una o dos personas, sino que es compartido por un gran número de ellas. Sin querer ello decir que el evaluador comparta estas opiniones, simplemente las presenta. También se corresponden con los datos y situaciones encontradas, objetivamente verificadas por el equipo evaluador por lo que no son opiniones subjetivas del equipo.

El análisis de las evidencias encontradas por el equipo evaluador se resume en el capítulo de conclusiones y recomendaciones, respondiendo éste a la opinión del evaluador, después del análisis y reflexión objetiva de los hallazgos encontrados, basándose en su experiencia, para poder ofrecer una serie de recomendaciones que podrán ser analizadas por **medicus mundi** para un mejor desarrollo del Convenio.

1.7. Estructura de la documentación presentada

Además del informe de evaluación, que se ajusta al índice de materias y capítulos solicitado por **medicus mundi** en los TdR, se presentan en anexo diferentes documentos que han sido utilizados por el equipo evaluador en la fase de campo (guiones de entrevistas, cuestionarios, matrices de evaluación...).

Se incorporan en anexo, a modo de ejemplo, algunas de las monografías provinciales y otros documentos que fueron revisadas por el equipo evaluador para documentar su trabajo.

2. EVIDENCIAS ENCONTRADAS

2.1. Concepción inicial⁴

El Convenio se focaliza en la mejora de la atención sanitaria al binomio madre-hijo, articulándose en tres ejes de intervención complementarios: (formación de recursos humanos, participación comunitaria y derecho a la salud y accesibilidad de los CSCA).

En Marruecos se concibe como un apoyo directo a dos de los tres ejes fundamentales del Plan d'Action Santé, 2008-2012, «*Réconcilier le citoyen avec son système de santé*» del MS, como son el eje 1, fortalecimiento de la cobertura sanitaria fija en el medio rural (Centros de salud) y el eje 2, fortalecimiento de la participación comunitaria y un complemento al Plan para la Aceleración de la reducción de la mortalidad materno-infantil del MS de Marruecos, a través del fortalecimiento de competencias del personal de salud en el área materno-infantil (formación), la movilización social para la defensa de la salud sexual y reproductiva (participación comunitaria) y la mejora de infraestructuras y equipamiento de las maternidades rurales (rehabilitación y equipamiento de CSCA).

El Convenio, que es una fase complementaria o de consolidación del Convenio anterior en Marruecos, ha dirigido sus esfuerzos principales hacia los componentes de formación de recursos humanos a nivel de la APS, especialmente en el binomio madre-hijo; la planificación y gestión de CS y la promoción de la participación comunitaria en salud. El componente de infraestructuras y equipamiento, que tuvo gran peso en el Convenio anterior, ha quedado muy disminuido en este Convenio, ya que sólo se rehabilitarán, en principio, 5 CSCA en Marruecos.

⁴Ver documento de formulación.

En Mauritania la realidad del sector salud es muy diferente, con debilidades manifiestas en la gestión (desde el nivel central al periférico), escasez de personal médico y para médico cualificado, déficit de estructuras sanitarias que, además, están en mal estado, deficiente atención a los beneficiarios, escaso desarrollo de la participación comunitaria, entre otras características. Los indicadores de Salud Reproductiva muestran tasas elevadas de mortalidad infantil, 662 por 100 000 nacidos vivos según la encuesta del MICS de 2011⁵ situando al país entre los que presentan los peores indicadores de la región.

La intervención se alinea con las políticas públicas de salud, fijadas en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) o el Plan Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), adecuándose los tres ejes de intervención del Convenio a las prioridades establecidas en los mismos y tomando como eje transversal de intervención el apoyo a la extensión del "Forfait Obstétrico"⁶ (FO), que es el principal instrumento utilizado para mejorar la salud reproductiva.

La formulación del Convenio plantea casi idénticos objetivos y resultados en los dos países, coherentes para abordar la estrategia planteada. Sin embargo, los Planes de Acción consultados muestran que las actividades e indicadores propuestos son bastante similares con los planteados en Marruecos, lo que no parece congruente con el nivel de desarrollo tan dispar que presentan los dos países. Es necesario señalar que, sin embargo, las actividades realizadas están en consonancia con las necesidades planteadas por la DRAS, y adaptadas a la estrategia de intervención del Convenio, el apoyo a la extensión del FO.

2.2 Descripción detallada de la evolución del Convenio

A:- Marruecos

Durante la ejecución de la PAC 2, correspondiente al año 2011, tal y como se señala en el informe de seguimiento, la intervención se vio ralentizada durante los primeros meses del año por haber coincidido con la finalización del convenio 06-CO1-056.

El trabajo se centró en la elaboración de la Línea de Base, la elaboración consensuada con los socios locales de los planes de acción anuales y el establecimiento de manuales para facilitar la gestión conjunta con las contrapartes. Numerosas reuniones de concertación y planificación se realizaron con los socios locales.

En el marco de la acción 2, motivado por el contexto político nacional de reforma de la constitución, 4 ONG's de defensa de los derechos humanos, derechos de la mujer y dere-

⁵Con escasos avances con respecto a las cifras de 2007 aportados por la misma encuesta de 686 por cada 100.000 nacidos vivos

⁶ El forfait obstétrico es un paquete de servicios de salud dirigido a las mujeres embarazadas, que comprende CPN, ecografía obstétrica, exámenes de laboratorio, atención al parto, traslado en ambulancia y cesárea si necesario, medicamentos básicos y consulta post parto. Las mujeres cotizan una suma de aproximadamente 14 euros por la compra de todo el paquete. Fue establecido en el país hace 10 años por la Agencia Francesa de Cooperación y salvo algunos estudios parciales, aún no ha sido evaluado en profundidad, tal como reconoce la propia AFD que acaba de lanzar una misión de evaluación sobre el impacto del FO.

cho a la salud se organizaron en red para la realización de 3 mesas redondas a nivel regional provocando el debate sobre el lugar de la salud en la nueva constitución, siendo el inicio de la constitución formal de la Red Marroquí de Defensa de la Salud (RMDS).

Se priorizaron de común acuerdo con el MS (DP, DRS de las 4 regiones de intervención y DMS) los lugares de intervención (preferentemente rurales por las dificultades de acceso de las mujeres a la salud pública), y se planificó el resto de actividades – formación y participación comunitaria-, acordando tanto la temática como el programa formativo. En todo momento se respetaron los planes de acción y estrategias tanto del departamento de salud rural del MS como de las DRS y DMS, intentando integrar la protección de la SR y la salud infantil, en el ámbito de la salud primaria, promoviendo las estrategias locales de participación comunitaria.

El lanzamiento de la mayor parte de las actividades, propiamente dichas, se produce durante la PAC 3, coincidente con el año 2012.

2.2.1 Componente de formación de recursos humanos del Ministerio de Salud (R1)

Medicus mundi tiene larga experiencia en organizar formaciones en temas de salud con el Ministerio de Salud en Marruecos, por lo que la ejecución de este componente no plantea mayores dificultades, excepto aquellas derivadas del diferente nivel de capacidad que tienen las DMS para llevarlas a cabo, lo que lleva a desigualdades entre las provincias en términos de número de cursos y personal formado.

La formación está bien estructurada, siguiendo un proceso más o menos estandarizado que ayuda a elevar la eficacia de esta componente. El proceso para la realización de las formaciones está estructurado y organizado, pudiéndose resumir como sigue:

- 1.- Planificación de los cursos a realizar, incluidas las zonas prioritarias. En consenso con la DHSA y la DP (servicios rural, maternal e infancia)
- 2.- Planificación de necesidades para impartir los cursos: materiales existentes, creación de módulos de formación y selección de formadores realizados a nivel central, regional o provincial.
- 3.- Propuestas de formación elaboradas por cada Delegación provincial y en algunos casos del Director regional.
- 4.- Realización de las formaciones en cada provincia, incluido el acompañamiento, supervisión y monitoring. Es la parte más débil del proceso, según señalan todos los actores consultados.
- 5.- Evaluación. No realizada por el momento.

Las formaciones apoyadas a lo largo de este periodo de ejecución del convenio han versado sobre 3 áreas:

- a.- PCIE tanto en su componente clínica como organizacional (micro - planificación, **gestión de la circunscripción sanitaria** y supervisión).

b.- Planificación Familiar: inserción y retirada de DIU, Gestión de Stock de productos contraceptivos y nuevas directrices clínicas para la PF.

c.- Clases de Madre.

Al inicio de cada año, las DRS y DMS son informadas de las actividades que MMA en el marco del convenio y tras diagnosticar y coordinarse junto al nivel central regional y provincial, apoyará ese año. Cada DMS según sus necesidades, elabora un PA que remite a MMA. Este mecanismo, al existir grandes diferencias de capacidades, personal sanitario y recursos entre las Delegaciones, puede ser una de las razones por las que algunas Delegaciones han realizado bastantes formaciones y otras sólo una o ninguna.

Medicus mundi es consciente de estos desequilibrios y ha propuesto algunas acciones que pueden ayudar a corregirlos, como la realización de formaciones regionales, organizadas por las DRS, o bien que Delegaciones con mayor capacidad, limítrofes, organicen y apoyen a otras menos capaces en la ejecución de los cursos de formación⁷. También es verdad que influye en la dinámica el compromiso de la DMS, de sus dirigentes, donde se encuentran algunas personas más motivadas que otras para organizar formaciones y buscar soluciones adaptadas a su nivel de capacidad (formadores, instalaciones adecuadas, etc.).

Las DRS han organizado pocas formaciones regionales en estos dos años⁸, ya que se han visto "saturadas" con las intervenciones de otros programas del Ministerio y de otros proyectos que intervienen más directamente a nivel regional. Las DRS, en general, sufren penuria de personal, que obliga a una misma persona, en la mayoría de los casos, a ocuparse de diversas funciones, programas y actividades.

Las formaciones, como ya se ha mencionado anteriormente, están bien estructuradas y organizadas, tanto por **medicus mundi** como por el MS y responden a los programas prioritarios dirigidos a la salud materno-infantil y a la mejora de la gestión de los servicios de salud del primer nivel de atención.

Según todos los actores del MS consultados, todas las actividades / formaciones ejecutadas hasta el momento, así como las planificadas para 2013, son coherentes para alcanzar los resultados y Objetivos específicos tanto de la Acción 1, como del Convenio.

De forma general este componente se está realizando de forma eficaz y de acuerdo a lo expresado por todos los Delegados entrevistados, se realizarán más formaciones en 2013 y 2014 y aquellas delegaciones que no han realizado ningún a formación en 2012 ya las tienen planificadas para 2013.

⁷ En 2012 la DMS Tiznit organizó una formación para personal de la DMS Sidi Ifni, Guercif es apoyada por Taza, Ouazzane por Chefchaouen

⁸Se han organizado a nivel regional formación de formadores en Larache y en Oriental, y en esta última también de clases de madre.

En cuanto a la programación de formaciones futuras, es preciso señalar que la participación de **medicus mundi**, tanto financiera como organizativa, en los talleres regionales⁹ para la elaboración de los planes regionales de aceleración de la reducción de la mortalidad materna e infantil¹⁰, permitirá a **medicus mundi** y el MS, precisar las formaciones a realizar, entre otras componentes, hasta la finalización del Convenio, algo que sin duda contribuirá a la obtención del objetivo específico del Convenio.

Diversas opiniones y comentarios sobre la formación PCIME (niñez sana y niñez enferma), han obtenido a lo largo de las entrevistas mantenidas, opiniones puntuales que como tal se mencionan: *"La formación es muy larga, densa y pesada "*

La duración de las formaciones es de 7 días para personal médico y 10 días para personal de enfermería que trabaja en centros de salud donde no hay médico. Es el propio MS quien decide y programa la duración de los cursos.

"La formación se repite anualmente"

Los cursos PCIE se repiten anualmente allí donde hay sanitarios nuevos, y sobre todo en las provincias donde el problema de traslado de personal es frecuente.

"El uso de las herramientas de esta estrategia es de difícil aplicación en los CS pues exige mucho tiempo (al menos 25 minutos de consulta por cada niño o niña)"

Aunque esta afirmación es cierta, los CS rurales o de provincias están infrautilizados según reconoce el propio MS, si bien es cierto que la afluencia de personal se concentra especialmente en el día del zoco por ejemplo. Sería adecuado recomendar a los sanitarios la adopción de un sistema de citas previas a la consulta para dedicar el tiempo necesario a pacientes infantiles con una incidencia de morbilidad relevante.

El procedimiento conlleva una excesiva carga burocrática (fichas a rellenar, informes estadísticas) por lo que en aquellos CS (que son mayoría) en los que hay uno o dos médicos, no se aplica correctamente. Sin embargo si se constata que los CS con un médico dedicado exclusivamente al PCIME, los resultados en los indicadores de salud infantil se mejoran de forma importante.

Las formaciones en clase de madres, la gestión de la circunscripción sanitaria y la inserción/retirada del DIU son las que mayor interés e impacto han tenido entre el personal formado, que las califica como muy interesantes y de gran valor para su trabajo cotidiano.

Si nos atenemos a lo expresado por diferentes personas del MS a nivel central y algunos Delegados de salud y responsables de SIAAP, hay algunos temas de formación, considerados como prioritarios, que no han sido ofertados en el programa de formaciones del

⁹De las zonas de intervención. TAT, TT, Oriental y Sous Massa Draa

¹⁰Realizados en junio de 2013

Convenio(revisión del paquete de actividades de los equipos móviles, gestión de ambulancias, sistema de información provincial, sistema de referencia y contra referencia entre CS y hospitales, ecografía obstétrica, uso de mini analizadores) y que juzgan como importante incluirlos en el futuro.

Especial mención debe hacerse a la formación en ecografía (citada en el documento de formulación pero no contemplada en el programa formativo) y en el manejo de los mini analizadores, ya que se ha constatado que casi la totalidad de las CSCA disponen de uno pero no se utilizan por falta de personal formado para ello.

El uso de la ecografía obstétrica ha demostrado que incrementa considerablemente la frecuentación de la Consulta pre-natal y los partos en CSCA y hospitales, incidiendo en la mejora de estos indicadores que influyen directamente en la reducción la mortalidad materno-infantil (objetivo del Convenio). El uso de los mini analizadores sirve también para aumentar el número de mujeres embarazadas en la consulta pre natal y diagnosticar problemas de salud asociados al embarazo, pero es verdad que el stock de reactivos no está asegurado al 100% según se desprende de las entrevistas realizadas con el personal de salud en los centros donde sí se utilizan estos equipos¹¹.

Sin embargo, la decisión de priorizar otras formaciones desde MMA se basa en que los aparatos mencionados no son indispensables para diagnosticar riesgos (caso del ecógrafo), según el aporte de expertos de MMA. El mantenimiento no está asegurado (según **medicus mundi** y por observación directa del equipo evaluador) y existen ecógrafos y auto analizadores almacenados o en desuso en algunos CSCA por no contar con personal formado, medios de reparación o no disponer de presupuesto para reactivos que debiera asegurar la DMS, DRS o el MS).

El equipo de **medicus mundi**, señala que la formación de ecógrafos varía según los diferentes actores a los que se ha preguntado, no llegando a un acuerdo de si el curso debe durar 10 días en el CHU de Rabat o debe realizarse a nivel local con menor duración. Así mismo AECID en un proyecto bilateral, elaboró módulos de formación y realizó varios cursos de formación, por lo que no parece oportuno duplicar estas formaciones.

Las formaciones comenzaron, como ya se indicó anteriormente, en 2012¹² y se realizaron 81 cursos en las 4 regiones beneficiarias y 2 cursos de formación de formadores en la Dirección de la Población (DP) del Ministerio de Salud. Los temas de formación impartidos fueron: clase de madres, nuevas directrices clínicas en planificación familiar, gestión de stock de productos contraceptivos, inserción y extracción de DIU, PCIE, microplanificación y gestión de la circunscripción sanitaria.

El número de personas que han participado en estas sesiones formativas es de 1.803, de las cuales 1.146 eran mujeres. La participación a los cursos de formación demuestra una

¹¹Los datos sobre incremento de consultas en los CSCA es comentado por los enfermeros jefes aunque no se dispone de datos fiables o comparativos entre CSCA para documentar esta afirmación. En muchos casos el registro es manual y no ha sido transmitido a la Delegación correspondiente.

¹²Ver Anexo con actividades de la Acción 1 realizadas en 2012.

amplia y mayoritaria presencia de mujeres, lo que responde a la realidad de los centros de salud que cuentan con mayoría de personal femenino.

El indicador cuantitativo de este resultado puede ya considerarse como alcanzado si bien, será conveniente en el futuro, contar con un sistema de información que permita conocer con más detalle si las personas beneficiarias ha participado en varias formaciones (con lo que el número de profesionales formados, bajaría), y a qué CS pertenecen para hacer un seguimiento de la aplicación de los conocimientos adquiridos.

Por regiones:

En la región de Tánger-Tetuán, compuesta por 7 Delegaciones provinciales, las DMS de Fahs Anjra, Ouazzane y M'diq - Fnideq no realizaron ninguna formación en 2012.

En la región de TAT, compuesta por 4 provincias, se realizaron formaciones en todas las DMS durante 2012.

En la región del Oriental, compuesta de 7 provincias tan solo la DMS Jerada no realizó ninguna formación durante el año.

En la región de Sous Massa Draa, las tres provincias involucradas en el Convenio realizaron alguna formación (Sidi Ifni realizó una formación en Tiznit).

Merece la pena señalar que la Delegación de Tiznit realizó 10 sesiones de formación, 9 sesiones fueron impartidas en la de Tetuán y 8 en la de Taza durante 2012. Estas tres Delegaciones demuestran tener así mayor compromiso y capacidad para realizar las formaciones, aunque la tendencia observada durante la misión de evaluación es que la mayoría de las Delegaciones está planificando y van a realizar mayor número de formaciones en el año 2013, por lo que se confía que al finalizar el Convenio se haya superado ampliamente el indicador del resultado 1, en lo referente al número de formaciones realizadas.

Las provincias que no han realizado ninguna o muy pocas formaciones aducen sobre todo, el escaso personal que tienen en los CS, y en la propia Delegación, para justificar la ausencia de formaciones en 2012, aunque como ya se ha comentado anteriormente, ya han planificado algunas formaciones para 2013 y están analizando cómo realizarlas con el apoyo de Delegaciones vecinas.

Además de estas explicaciones, que responden a la realidad verificada en las visitas a los centros de salud del equipo evaluador, otras razones que explican la poca realización de formaciones en algunas provincias, es la gran carga de trabajo de las DRS y las DMS que disponen de poco personal calificado que deben participar en otras reuniones, talleres y formaciones organizadas por el propio Ministerio y por otros programas y proyectos. También influye, no cabe duda, el grado de motivación y compromiso así como la capacidad de gestión del personal responsable en el seno de las propias Delegaciones.

Todos los actores consultados, señalan la importancia de evaluar el impacto y el resultado de las formaciones. Estas actividades están previstas a partir de finales de 2013 cuando ya el nivel de cursos realizados sea mayor.

De las encuestas¹³ y entrevistas mantenidas con los beneficiarios de las formaciones para analizar el desarrollo de las mismas y su impacto, se desprende de forma unánime y mayoritaria que el programa formativo elaborado responde a sus necesidades y que aprecian el nivel del profesorado así como del material didáctico y la pedagogía empleada, donde se incorporan sesiones prácticas en hospitales o centros de salud para verificar la comprensión y buena práctica de lo aprendido.

Que el MS cuente con un departamento de formación, un grupo de formadores y un plan de formación continua, con materiales validados por el MS, ayuda a una mejor ejecución de las formaciones demandadas

El Convenio también ha facilitado el apoyo financiero y técnico, cuando ha sido necesario, para la adquisición de las herramientas y materiales para impartir las formaciones (material didáctico y bibliográfico, material pedagógico, equipos y material médico para prácticas). Nos parece muy acertada esta iniciativa pues es conocida la dificultad que tiene el nivel central del MS para desarrollar su programa de formación continua e incluso las formaciones específicas de los programas prioritarios por lo que el apoyo suplementario para cubrir los gastos del desplazamiento de los formadores es también una gran ayuda para sacar adelante la ejecución de las formaciones.

También se ha financiado con fondos del Convenio la impresión de diferente material didáctico, desplegados, guías de formadores y módulos de formación, se han adquirido para las 4 DRS simuladores para prácticas y se han realizado talleres de elaboración y validación de herramientas pedagógicas en la Dirección de la Población.

En relación al coste de las formaciones, se constata una gran eficiencia por parte de **medicus mundi**¹⁴, aunque esto no es compartido por una gran número de las personas entrevistadas, debido a que consideran que las ayudas de desplazamiento, alojamiento y manutención son demasiado pequeñas (por ejemplo 4 euros por día para refrigerio y almuerzo por persona) y que se ven obligados a añadir dinero personal o renunciar a participar en la formación.

Según señala el equipo de medicus mundi, el pago limitado de *perdiem* a los participantes viene dado por la ausencia de criterio del MS al respecto y las dificultades para MM de justificar a la AECID los numerosos gastos efectuados mediante recibos.

¹³ Se aporta en Anexo un ejemplo de encuesta realizada entre el personal participante en formaciones de los CS visitados.

¹⁴El coste está equilibrado y desglosado en los informes económicos.

2.2.2 Componente de participación comunitaria (R2)

El refuerzo de la componente de participación comunitaria y de la promoción del derecho a la salud, adquiere mayor importancia en el actual Convenio con respecto a otras intervenciones de **medicus mundi** en la zona, siendo la que puede representar mayor impacto. **Medicus mundi** puede liderar la estructuración de esta estrategia en el seno del Ministerio de salud, donde se está trabajando en el tema y donde precisan apoyos como el que brinda el Convenio para definirla, estructurarla e institucionalizarla.

El enfoque propuesto en el Convenio, incluyendo actividades directas con la sociedad civil y con las estructuras de salud, parece muy acertado ya que en principio se complementan y potencian recíprocamente.

La intervención del componente participación comunitaria, Acción 2 del convenio, se articula en tres acciones / proyectos¹⁵:

a.- Fortalecimiento de las asociaciones de mujeres para un acceso igualitario y de calidad a la salud sexual y reproductiva. Acción realizada con la UAF.

b.- Apoyo al establecimiento de redes de asociaciones civiles por la defensa del derecho a la salud y promover su implicación y presencia en el sector salud. Acción realizada con la Red por la Defensa de la Salud (RMDS)

c.- Apoyar la estrategia del Ministerio de salud para la promoción de la participación comunitaria, incidiendo directamente en las DRS, DMS y centros de salud para promover su interés y liderar junto a las asociaciones locales, la institucionalización de dicha participación. Acción realizada directamente con las DMS del MS.

Con cada contraparte se ha firmado un convenio de colaboración, que incluye un ML, en el que se comprometen a desarrollar unas actividades concretas que son desarrolladas anualmente en planes de acción.

a.- Fortalecimiento de las asociaciones de mujeres

La selección de la UAF como socio local para contribuir al desarrollo de capacidades de las asociaciones comunitarias se entiende dada su presencia en la mayor parte del territorio nacional y el reconocimiento que disfruta antes autoridades e instituciones y otras asociaciones, así como su experiencia en formar asociaciones locales.

La UAF ha formado a 30 asociaciones locales, de tres regiones en las que la UAF tiene presencia mediante comités regionales, en temáticas relacionadas con el Derecho a la Salud y Educación ciudadana.

¹⁵Ver PAC 2, Acción 2.

El objetivo de estas formaciones es promover que las mismas integren el derecho a la salud en sus estrategias de intervención, promoviendo el acceso a una salud digna y en igualdad de condiciones.

Posteriormente a las formaciones, ya en 2013, está previsto complementar la acción con el apoyo a estas asociaciones en la organización de campañas de sensibilización de la población en diferentes materias: Acceso a la salud, VIH / SIDA o lucha contra el cáncer. Para ello están diseñando herramientas de apoyo a estas jornadas.

b.- Promoción de acciones en Red

Otra de las acciones de esta componente, es la promoción de acciones asociativas en defensa del Derecho a la Salud. Para ello se ha apoyado la creación y consolidación de una Red por el Derecho a la Salud (RMDS) que ya fue apoyada en el Convenio anterior.

Esta acción complementa el objetivo del convenio de mejorar la atención sanitaria a mujeres y población infantil mediante el apoyo a la sociedad civil que trabaja por la defensa del derecho a la salud. Tras la aprobación de la nueva constitución en la que se recoge el Derecho a la Salud como un derecho de los ciudadanos¹⁶, el apoyo a una red que - mediante acciones de sensibilización, talleres y / o jornadas sobre las políticas de salud y evaluación de algunas componentes del sistema de salud con respecto a sus ciudadanos - promueve el derecho a la salud entre la población, parece pertinente y complementario con el resto de acciones de la componente comunitaria.

Por el momento, la red trabaja en dos aspectos:

a.- Realización de talleres de evaluación de políticas públicas: RAMED, Acceso a medicamentos, Acceso de las poblaciones vulnerables a la salud, etc.

La organización de estos seminarios permite disponer de elementos de reflexión sobre las políticas públicas de salud que acompañen los procesos de reforma de las leyes, especialmente por el contenido reivindicativo de sus acciones.

b.- Consolidación de la red.

Adoptando la Carta de Valores del Movimiento de la Salud de los Pueblos (PMH)¹⁷, que promueve el derecho a la salud, la equidad, el acceso a la salud, entre otras muchas cosas.

Por el momento la asociación ALCS (Asociación de Lucha Contra el Sida)¹⁸ se ha adherido a la RMDS. Además, una veintena de asociaciones han mostrado su interés por adherirse

¹⁶Art. 31

¹⁷<http://www.phmovement.org/es/resources/charters/peopleshealth>

¹⁸ Conocida en el país por un claro enfoque en la defensa de los derechos humanos y contra la estigmatización de la prostitución, homosexuales y enfermos de SIDA

a la RMDS y participar en sus actividades, si bien la falta de una estructura consolidada, no permite formalizar y / o capitalizar el efecto de integración del Derecho a la Salud en el seno del movimiento asociativo. La propia RMDS entiende que dotarse de unos estatutos y de un plan estratégico es básico para su consolidación, más allá de seguir realizando acciones puntuales de reivindicación o sensibilización.

La UAF y Red (formada por AMDH, OMDH, OPALS, además de UAF) han mostrado debilidades en sus capacidades de gestión, planificación y ejecución, lo que ha influido en el ritmo de realización de actividades, más bajo del esperado¹⁹. En las entrevistas mantenidas con los equipos e UAF y RMDS, reconocen su carga de trabajo y sus limitados recursos humanos, incluso contando con el apoyo de personal local proporcionado por el Convenio. Sin embargo no parece que tengan problemas para cumplir sus objetivos a la finalización del Convenio.

Un elemento que contribuye a la debilidad de las asociaciones, en términos de capacidad de gestión, es la limitada disponibilidad, cuando no escasez, de las personas recurso o responsables de las propias organizaciones locales que participan en el proyecto – UAF y socios de la RMDS.

No se ha apreciado que exista una sinergia entre estas acciones y la acción que apoya las estrategias de participación comunitaria con el MS. Quizás se podría haber vinculado ambas acciones, promoviendo que la UAF y la RMDS participaran en la formación de pequeñas asociaciones comunitarias, en materia de participación ciudadana o derecho a la salud, para que las asociaciones locales reforzaran sus capacidades tanto de gestión como reivindicativas, para su participación en mejores condiciones en los procesos de creación de comités de salud o en su implicación, personal o institucional, en la selección de *Personal Relais Comunitario* (PRC) , tal y como se promueve en la acción desarrollada con el MS.

Sin embargo, en este momento, hemos constatado como **medicus mundi** está intentando crear un proceso de integración de esta acción con las actividades de participación comunitaria con el MS, lo que sin duda va a permitir integrar ambas acciones en el mismo objetivo de promover la participación comunitaria en las comunidades, a través del reforzamiento de la sociedad civil y / o de los PRC.

c.- Apoyo a la política del MS en participación comunitaria

La nueva Constitución, y el MS, han introducido la participación comunitaria como una prioridad, en aras de la democratización y de transparencia en la gestión pública. La voluntad política para desarrollar este componente existe pero no hay todavía una estrategia, un reglamento, una verdadera institucionalización que permita su aplicación y lo que es más importante, su viabilidad²⁰.

¹⁹ Ver anexo con actividades realizadas en cada sub acción.

²⁰Aspecto confirmado con el Servicio de Salud Rural de la DP. Según comentan los responsables están en fase de institucionalizar y reglamentar la participación comunitaria, entendiendo el Convenio como : “ *un proyecto que nos permite disponer de experiencias piloto, especialmente en los que se refiere a la creación de Comités de Salud,*”

Medicus mundi está apoyando este proceso y trabaja junto al MS para asentar los pilares de la participación comunitaria en salud en Marruecos²¹.

En el Ministerio de salud ha habido numerosos intentos y experiencias para introducir la participación comunitaria como estrategia de apoyo al sector salud. Unicef, FNUAP, OMS, INDH, son algunos de los organismos y programas que han elaborado herramientas y que han intentado acompañar la implantación de este enfoque en las estrategias del Ministerio, sin que hasta la fecha ninguna de ellas haya sido adoptada. Tampoco existe un repertorio de las experiencias que han sido testeadas en el país.

En las visitas y reuniones mantenidas con las estructuras de salud (DMS o responsables de los CSCA) y con los servicios de Salud rural y Materno-infantil, las personas entrevistadas valoran positivamente la participación comunitaria como estrategia que contribuye a la disminución de la mortalidad materno-infantil, pero por el momento su visión se limita a promover y apoyar a los *Personas Relais Comunitario* (PRC)²², a los que capacitan en nociones básicas sobre salud materna (control del embarazo, sensibilización de la población sobre la importancia de la Consulta pre natal, apoyo para los partos asistidos, etc.) y a las que aprovisionan con un teléfono móvil para que puedan llamar al centro de salud de referencia en caso de necesidad de traslado de una mujer embarazada.

Este programa, ligado al mini SAMU Obstétrico, está bastante desarrollado en la provincia de Chefchaouen, siendo con la de Taza donde mayor impulso se está dando a la participación comunitaria.

La estrategia y procesos puestos en marcha por el Convenio para promover la participación comunitaria en las comunidades locales nos parece adecuada, habiendo sido consensuada tanto con las Direcciones Centrales del MS como con las DRS y DMS.

El proceso podemos resumirlo como sigue:

- a.- Jornadas de sensibilización tanto en Delegaciones como a las comunas locales,
- b.- Selección de los PRC. Uno por Douar y en relación a un CS(10 o 20 PRC si se trata de parejas mixtas por CS). Las Comunas suelen proponer tanto personal de asociaciones como a líderes de las comunidades,
- c.- Formación de los PRC,
- d.- Formación del personal sanitario en participación comunitaria y técnicas de animación de grupos y reuniones,
- e.- Formación de asociaciones para reforzar sus capacidades, especialmente en materia de derecho a la salud.

Entendemos que el proceso permite formar al PRC en temas relacionados con el derecho a la salud y promover los Comités locales de Salud, ampliando así la visión que sobre el

²¹Ver Plan de Acción de Salud o el Plan de Acción 2012 -2016 para la aceleración de la reducción de la mortalidad maternal e infantil.

²²Anteriormente agentes de desarrollo local (ADL)

PRC tiene el MS , más basada en la prestación de servicios complementarios de proximidad a los beneficiarios de CSC que viven en lugares lejanos al mismo.

Esta acción actualmente se está desarrollando como es lógico, en las DMS de marcado carácter rural: Taza, Chefchaouen, Fahs Anjra, Tánger, Guercif, Driouch, Ouezzane, Tiznit y Agadir. De modo general, apreciamos que está dando sus frutos allá donde existe un compromiso y voluntad del personal médico y sanitario por desarrollarla.

En el periodo evaluado, e incluso en el primer semestre de 2013, se aprecia que las Delegaciones de Taza, Chefchaouen, Guercif y Ouezzane son las que más actividades han realizado y muestran un grado de ejecución más avanzado²³. El resto de Delegaciones están muy retrasadas, estando en fase de sensibilización del proceso de participación comunitaria tanto a nivel público (comunidades rurales) como asociativo. Es lógico que las Delegaciones más activas sean las que habían iniciado esta componente en el Convenio anterior ya que es un proceso de implantación muy lento, entre otros factores por la falta de regulación de este proceso

Por el momento, se han realizado sesiones de formación de formadores, reuniones de sensibilización del personal de salud, reuniones de información provinciales y locales, formación y / o reciclaje de PRC allí donde ya están funcionando (Guercif y Taza).

En total, han sido sensibilizadas / formadas / informadas sobre participación comunitaria (personal de salud, PRC y asociaciones) un total de 914 personas, de las cuales 280 son mujeres. Al igual que en el caso de las formaciones del personal sanitario, los beneficiarios participan en varias actividades: de sensibilización (primera sesión y posteriores reciclajes) sobre riesgos en salud.

Si bien los datos están desagregados por cursos realizados, conteniendo el número total de personas asistentes - con el dato desagregado por sexo y persona perteneciente a asociación o no- y existen listas de presencia con los datos personales de los participantes, no existen un listado resumen que permita conocer si las mismas personas han realizado varias formaciones, con lo que el número de beneficiarios disminuiría, si bien no supone un problema para alcanzar el número total de beneficiarios previsto en la formulación.

La selección, el acompañamiento y formación continua del PRC, la implicación del personal de salud de los CS – reticente en muchas ocasiones a la inclusión de la componente comunitaria, y la participación de las asociaciones locales, son señalados como puntos críticos de esta componente²⁴.

²³ Ver anexo con actividades realizadas e informes del taller de análisis de resultados de 2012 y planificación de 2013 en participación comunitaria (abril 2013)

²⁴ 2ª Reunión interprovincial de intercambio, seguimiento y acompañamiento, donde se validaron los resultados de la participación comunitaria y programación de 2013

De los datos recogidos por MMA el 61% de los PRC están operativos en 2012 en las provincias que tienen el proyecto en activo. Según afirman algunas de las personas entrevistadas (personal de los CS, DMS y asociaciones), los abandonos de los PRC son debidos a la falta de motivación/compensación, reconocimiento, apoyos y seguimiento, formación continua, coordinación... o todas ellas. Sin embargo, estas mismas fuentes señalan que los PRC son reemplazadas en su mayoría y llegan incluso a valorar como positivos estos abandonos ya que *"eran los que menos trabajo realizaban y menor motivación tenían"*.

Los PRC entrevistados manifiestan su interés en recibir más formación para poder ser más útiles a su comunidad, reclaman más seguimiento y coordinación de parte del CS y de la DMS, solicitan algún tipo de reconocimiento y de identificación (credencial, carnet, equipamiento básico,...).

Se constata un número muy inferior de participación femenina entre PRC. La principal razón expresada por las personas entrevistadas para explicarlo es la situación de subordinación de la mujer a la autoridad familiar²⁵ (marido, suegra), acentuado de forma importante en el mundo rural. Otros aspectos señalados son la menor formación de la mujer (más analfabetismo y bajo nivel escolar entre las mujeres), mayor carga de trabajo y responsabilidades en el hogar (hijos, comida, campos de cultivo, etc.). Encontramos un claro referente a las relaciones de género, el rol del hombre y la mujer y la dificultad de acceso de la mujer a determinados roles.

En Taza y en menor medida en Chefchaouen y Ouezzane, el Convenio está impulsando la creación y consolidación de los Comités Locales de Salud²⁶, concebidos un instrumento participativo - en el que se insertan personal médico, sociedad civil y representantes de la administración - de apoyo, y en cierta medida de control, a los centros de salud que según mencionan las autoridades sanitarias funcionan de forma bastante correcta y eficiente. El Comité es el encargado de tratar todos los asuntos relacionados con la salud en las comunidades.

Por el momento estos Comités no están regulados y por lo tanto su participación en los asuntos de salud en las comunidades depende de la voluntad de los responsables sanitarios provinciales o locales. En este momento de ejecución del Convenio, se está potenciando su estructuración, organización y desarrollo, si bien es el MS el que debe de incluir su presencia en la estrategia comunitaria que está elaborado.

Medicus mundi, en su objetivo de promover el derecho a la salud, apoya la participación de las asociaciones locales en estos Comités como manera de garantizar la participación comunitaria en la toma de decisiones relacionadas con la salud, promoviendo que los PRC sean miembros de las asociaciones acercando, de este modo, más a la población a los CS. Si bien alguna asociación ya está participando en los comités de salud, no es un proceso generalizado.

²⁵Aspecto señalado en los estudios sociales y de relación de género en Marruecos.

²⁶Apoyados por el servicio de Salud Rural que los considera claves en la futura estrategia de participación comunitaria en fase de elaboración.

El impulso de esta estrategia está en fase de discusión, y por el momento está programada la formación de estas asociaciones con la participación de otros actores del Convenio más ligados a la componente Derecho a la Salud (UAF y RMDS).

Durante este periodo evaluado, además de las formaciones, se elaboraron y validaron las guías y módulos de formación de formadores para la promoción de la participación comunitaria del personal de salud y se realizó un curso de técnicas de animación de grupos (TAG).

Una actividad muy apreciada y que juzgamos muy positiva es la elaboración de un boletín (por el momento dos números editados) sobre participación comunitaria en salud, en el que todos los actores implicados expresan ideas, comunican acciones, comparten experiencias, etc.

2.2.3 Componente de accesibilidad: infraestructuras y equipamiento (R3)

Está concebida en el marco de la mejora la accesibilidad a los servicios públicos de salud materno-infantil. En el actual Convenio se ha planteado la rehabilitación o reconstrucción y el equipamiento de al menos 5 establecimientos de salud con servicio de maternidad, seleccionándose uno por región en la que se ha intervenido.

La selección del establecimiento de salud ha sido realizada por la DRS y **medicus mundi** después de haber recibido las propuestas de cada DMS. Se establecieron unos criterios de selección (contexto rural, la situación jurídica del terreno, participación comunitaria, importancia de los trabajos a realizar y su coste, población beneficiaria, número de partos, número de consultas de menores de 5 años, dificultades de accesibilidad, oferta de servicios, indicadores de morbi -mortalidad materno-infantil) en base a las políticas públicas para la salud rural.

Una vez estudiadas las propuestas a través de la documentación presentada y evaluado el presupuesto, se han seleccionado, por el momento 4 CSMA: CSCA Bouzeplane - CR Ait Seghrouchen – en Taza ,Imouzzer en Agadir, Brikcha en Ouezzane y Bouanane en Figuig. El equipo evaluador ha visitado dos de estos CSCA, comprobando la pertinencia de la selección realizada.

El procedimiento prevé el establecimiento de un Convenio específico con la DMS en la que se realizarían los trabajos de rehabilitación y los equipamientos. En el momento de realizar la evaluación varios de estos convenios ya se habían establecido.

Actualmente están en marcha los procedimientos administrativos para la ejecución de las obras y se ha seleccionado un quinto CSMA. Se han verificado los procedimientos y la organización del proceso de lanzamiento del mercado, recepción de documentos, selección de la empresa constructora, etc., que son adecuados a las normas locales. Este pro-

ceso se beneficia de la experiencia de **medicus mundi** en la rehabilitación y equipamiento de CSCA.²⁷

Este componente va un poco atrasado y se piensa que se cumplirá en el plazo previsto, para ello, la coordinación del Convenio intenta "presionar" a las DMS para su dinamización y puesta en marcha lo antes posible.

En casi todas las provincias hay necesidad de rehabilitar CSCA por lo que todos los Delegados provinciales y responsables de SIAAP han expresado su confianza en que se podrán ejecutar más acciones de este tipo si hay presupuesto disponible en la fase final del Convenio.

En el equipo de coordinación de **medicus mundi** prevé la asistencia técnica de una persona especializada en infraestructuras y equipamientos que pueda revisar y, en su caso, dar seguimiento a las propuestas presentadas por las DMS. Esta asistencia deberá colaborar y coordinarse con el personal del MS encargado de los temas de infraestructuras para evitar posibles conflictos de competencias.

B.- Mauritania

La planificación de actividades se inició en el primer trimestre de 2011. Para ello se iniciaron los contactos con la DRAS Brakna, detectándose desde el inicio la ausencia de estrategias o planificación de las actividades sanitarias de la región, en consonancia con el resto del país. Así mismo, se detectó en ese momento la falta de atribuciones precisas de la DRAS con respecto a los médicos jefes de las 5 provincias de la región, la fuerte dependencia de la toma de decisiones de las personas, no de las instituciones y la débil capacidad de planificación operativa y de gestión tanto de la DRAS como de los responsables provinciales.

El personal de **medicus mundi** en Mauritania, con el apoyo de un experto local durante tres meses, trabajó en la identificación más precisa de las actividades, en relación con los ejes de trabajo del convenio, que complementen a las identificadas anteriormente, para insertarlas en los PACs del Convenio.

Tras un análisis de los programas en curso, un mapeo de las acciones de otros actores, establecer las relaciones con el personal del MS tanto a nivel central como regional, se identificó en colaboración con la DRAS, la estrategia de intervención y las actividades a realizar, al menos para el primer año. Posteriormente se planificaron las actividades a incluir a lo largo del Convenio, tal y como estaba previsto en la formulación.²⁸

Además del trabajo de planificación se elaboró la Línea de Base (LB) del Convenio, con el apoyo del experto, constatando la debilidad del sistema de información local, por lo que se utilizaron datos a nivel local. De igual modo que en Marruecos, se fijaron los valores

²⁷Desarrollados en el anterior Convenio y otros proyectos financiados por la Junta de Andalucía.

²⁸No obstante los acuerdos con los socios locales se firmaron en septiembre de 2012.

de partida de los indicadores de Logro (objetivos) y se cuantificaron tanto los Indicadores de Desempeño, fijando el tanto el valor inicial como la meta a alcanzar²⁹.

Como eje de trabajo para todo el Convenio se identificó el Forfait Obstétrico³⁰ (FO), cuya extensión a toda la población es promovido por el MS e integrado en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) y promovido por el PNRS (Plan Nacional de Salud Reproductiva), como la principal herramienta para mejorar la calidad de la atención sanitaria de las mujeres en edad de reproducción y a los niños en los primeros años de vida (Objetivo específico del Convenio) contribuyendo a mejorar las tasas de mortalidad materna e infantil (Objetivo general del Convenio).

De esta forma, el apoyo a la extensión a todas las provincias de la región y apoyar el funcionamiento del FO, se configura como la acción vertebradora en las tres áreas del Convenio. A saber:

a.- **Refuerzo de capacidades del personal:** Mediante la formación, tanto en gestión como en aspectos clínicos, del personal de los CS y PS, prioritariamente en aquellos en los que se oferta el FO. Se pretendía fomentar las formaciones especializadas de base que mejoraran las capacidades del personal para que los CS en los que trabajaban pudieran ofertar el FO, ya que el mismo debe garantizar a la población una asistencia de calidad.

b.- **Refuerzo de la participación de la sociedad civil:** Al no contar el MS con una estrategia de participación comunitaria y habiéndose detectado una debilidad manifiesta de las ONG mauritanas y su escasa presencia en la región, se decide trabajar con el Ministerio de Asuntos Sociales, Infancia y Familia (MASEF), organismo que cuenta con facilitadoras y animadoras que sensibilizan a la población, entre otros, en temas relacionados con la salud y los hábitos higiénicos.

El convenio apoyaría la formación de este personal en temas de salud reproductiva y en la promoción del FO para potenciar su trabajo en tanto que *Personas Relais Comunitarias* (PRC) en las comunidades. Además, estas personas harían campañas de sensibilización, divulgación y promoción de los servicios ofrecidos por el FO para incrementar el número de mujeres afiliadas a este sistema.

c.- **Accesibilidad:** Apoyando la construcción o rehabilitación tanto de estructuras de salud regionales como de CS o PS y el equipamiento (incluyendo los gastos administrativos y de medicamentos) de los FO de algunos CS y PS de las diferentes provincias.

En junio de 2011, a modo de actividad de inicio, de acuerdo con la DRAS, se comienza a apoyar la extensión del Forfait Obstétrico en dos provincias de la región: Aleg y Magthajhar, mediante el equipamiento (mobiliario, papelería, medicamentos y ambulancia) de centros que ofrecen el FO. Además, se inicia el proceso, en concertación con el MS, de identificación de los CS y PS susceptibles de ser rehabilitados o equipados.

²⁹Ver documento de LB.

³⁰Ver una sucinta explicación del sistema en la nota 3 de este informe

En 2012, coincidente con la PAC 3, el Convenio sufre un retraso considerable de ejecución, debido a los problemas internos en la DRAS, que son consecuencia de la falta de procedimientos, de la inexistencia de un organigrama preciso y de la ambigüedad de las atribuciones del personal de la DRAS con respecto a los responsables provinciales. Los cambios de responsables, tanto de la DRAS como en las CSM han afectado también el normal desarrollo del Convenio³¹.

A pesar de que desde 2011 se inició el proceso de contratación de un equipo local, el mismo se constituyó de forma estable a mediados de 2012, contando con un coordinador y un logista, con sede en Aleg. El retraso fue debido a problemas derivados de la falta de personal cualificado suficientemente explicado en los informes de seguimiento.

A pesar de los problemas existentes, en el segundo semestre de 2012 se inician las actividades del Convenio en los tres ejes de intervención, teniendo como referencia el apoyo al FO:

2.2.4 Componente de formación de recursos humanos del Ministerio de salud (R4)

Se priorizan las formaciones en gestión del FO y gestión de la información con el objetivo de permitir una mejor recogida de indicadores y su posterior análisis.

Los beneficiarios de las formaciones son los gestores del FO, las matronas y los responsables de datos de las Delegaciones. Se realizaron 5 cursos de formación: 2 en informática básica para el personal sanitario, 2 cursos de gestión del FO y 1 curso de manejo del programa informáticos del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS). Los beneficiarios de estas formaciones han sido 52 personas (19 hombres y 33 mujeres) de todas las provincias de la región.

Las formaciones especializadas: SONU, Planificación Familiar, y gestión de contraceptivos, así como la finalización de la formación en gestión de la información se realizan a lo largo de 2013 (PAC 4), habiéndose planificado 11 cursos, con la participación de 372 personas, si bien, no existe la certeza de que sean beneficiarios diferentes, ya que una misma persona puede participar en varias de las formaciones previstas.

Dada la insuficiencia de personal de salud cualificado en el país, a la que no es ajena la región de Brakna, en el sistema sanitario de SR, existe un personal auxiliar conocido como "Accoucheuses Auxiliaires³²", mujeres de la comunidad que reciben, en muchos casos una precaria formación de 15 a 30 días en atención al embarazo y parto, que colaboran en los CS y PS y en muchos casos, son el único personal de salud existente en los centros³³.

³¹Ver informe de seguimiento del PAC 3, con un detalle de la problemática existente.

³²Comadronas auxiliares en francés

³³Los CS son dirigidos por enfermeras o comadronas ya que en toda la región solo hay 5 médicos, responsables de los distritos o moughataas.

En las primeras formaciones especializadas de SONU se ha priorizado a las comadronas auxiliares, por ser un personal con grandes carencias formativas en materia de salud reproductiva. Posteriormente se formará al personal sanitario.

En el marco de la acción 4, el equipo local de **medicus mundi** ha apoyado la supervisión de una gran parte de los CS y PS de toda la región, lo que ha servido para conocer y analizar el funcionamiento y modo de gestión de las estructuras de salud de base (ESSB) así como para realizar formaciones de reciclaje “in situ” corrigiendo los errores observados en la atención de salud. Estas visitas han servido además, para elaborar un breve diagnóstico sobre la situación real de estas estructuras de salud y descubrir o confirmar sus principales problemas y necesidades.

Todas las personas³⁴ entrevistadas señalan la importancia, cuando no prioridad, que tiene la formación en gestión de los servicios de salud ya que la desorganización actual y la deficiente calidad de la atención son resultado, entre otros factores, de una mala o nula gestión.

Dadas estas dificultades de gestión del sector salud, encontradas a todos los niveles, no se ha podido verificar la existencia de un programa nacional de formación continua, ni tampoco un programa regional o de distrito (moughataa), con excepción de las formaciones que forman parte del FO y otros programas elaborados por agencias y organismos de cooperación presentes en el país.

La LB elaborada confirma la escasa formación cualificada en PF, SONU o PCIME del personal sanitario de la región³⁵ y la ausencia de formaciones³⁶.

La calidad de las formaciones “técnicas”, el análisis de la metodología, el nivel de los formadores no han podido ser valorados ya que las formaciones realizadas en el periodo evaluado habían sido en informática a través de una sociedad contratada.

2.2.5 Componente de participación comunitaria (R5)

Como ya se ha señalado, se identificó al MASEF³⁷ como institución colaboradora para implementar las acciones de participación comunitaria.

EL MASEF tiene una Delegación regional, con sede en Aleg, y está dirigido por una coordinadora. El personal de terreno está formado por mujeres voluntarias de las comunidades, concretamente por 25 facilitadoras (5 en cada moughataa) que son las encargadas de coordinar todas las actividades. Cada una tiene a su cargo un grupo de animadoras que son mujeres que viven en las comunidades y que, por lo tanto, tienen presencia en el

³⁴Representantes de organismos que trabajan en el país en el sector salud desde hace varios años y personal del MS. Ver Anexo con la agenda de terreno.

³⁵Ver Anexo con informaciones de base sobre Brakna, elaboradas por el personal de medicus mundi y el consultor contratado. De los 268 personal sanitario, 166 personas no formadas en PF, 140 personas no formadas en SONU y unas 60 de las que no se dispone información; 149 personas no formadas en PCIME y una 60 de las que no se dispone de información

³⁶Ver Línea de Base de Mauritania (IA1)

³⁷Ministerio de Asuntos Sociales, Infancia y familia en sus siglas en francés.

terreno. Por el momento se han identificado a unas 150 de estas animadoras como beneficiarias de formaciones y para el trabajo de sensibilización.

Estas mujeres son las encargadas de transmitir a la población una serie de informaciones y pautas sobre higiene, nutrición, buenas prácticas, cuidado de hijos, salud reproductiva, etc. Sin embargo, se detectaron muchas carencias en materia de salud reproductiva, por lo que se ha focalizado el trabajo en la formación de estas mujeres para que sean ellas quienes, a partir de la formación recibida, sensibilicen a la población para su adhesión al FO e informar de los servicios de salud públicos en materia de CPN, partos asistidos, detección de riesgos o CPON.

En el periodo evaluado, las 25 facilitadoras de la región y las 5 matronas de cada provincia, han sido formadas en el marco del Convenio en temas de salud reproductiva con el objeto de que sean ellas las encargadas de supervisar y acompañar el posterior trabajo de las animadoras en las comunidades.

Si bien es cierto que las voluntarias del MASEF pertenecen a la estructura del Ministerio, trabajan directamente con las mujeres en las comunidades donde ellas residen, pudiéndose asimilar su rol al de *Personal Relais Comunitario*, lo que en cierto modo promueve la participación comunitaria y el acercamiento de las mujeres al sistema de salud. Ellas pueden facilitar, en un futuro un trabajo de organización y estructuración de asociaciones locales de mujeres en defensa del derecho a la salud, tal y como contempla el Convenio, aspecto que por el momento encontramos ausente del Convenio.

A lo largo de 2013, se está produciendo un avance significativo de las actividades, habiéndose programado 15 cursos de formación a 150 animadoras, sobre técnicas de promoción / información sobre el parto asistido, consultas pre y post natales, planificación familiar y FO. Se han priorizado aquellas animadoras de comunidades cercanas a los CS o PS que ofertan el FO, como medio de apoyo a su extensión.

También se está iniciando el trabajo de las animadoras con mujeres embarazadas con el objetivo de sensibilizarlas en diferentes aspectos relacionados con la Salud Reproductiva, utilizando tanto los conocimientos adquiridos en las formaciones como los materiales seleccionados.

Hay que señalar que en el seno de la Asociación Mauritana de Salud Pública existe un documento sobre la participación comunitaria en Mauritania, elaborado por UNICEF que podría ofrecer nuevas opciones a **medicus mundi** para reorientar o complementar el trabajo actual de esta Acción.

2.2.6 En el componente de mejora de la accesibilidad (R6)

En el periodo evaluado, se han seleccionado las estructuras sobre las que se va a intervenir, de acuerdo con la DRS y en base a unos criterios basados en la implantación del FO, cobertura, y capacidad instalada (personal de salud cualificado).

Con la aplicación de estos criterios, se ha decidido apoyar también otras estructuras de salud de las que se beneficia el conjunto de la población: Construcción de la maternidad del hospital regional de Aleg, sala de formación en la DRAS, el puesto de salud de Chegar (Aleg) y la sala de hospitalización del centro de salud de Bababé, además de rehabilitar el laboratorio y la sala de consulta del CS de Aleg y el puesto de salud de Elmenhar (Magtha Lajhar).

Durante el período evaluado se han puesto en marcha los procedimientos administrativos y técnicos necesarios para garantizar la realización de las obras y su supervisión.

En este periodo se ha seguido apoyando la estrategia del Ministerio de Salud de extensión del FO a todas las provincias de Brakna: Creación y equipamiento del FO en los Centros de Salud de Bababé y Mbagne. Además, se han abastecido de medicamentos y material de papelería (carnés, registros, etc.) a 8 centros sanitarios adherentes al FO (centro de salud de Bababé y puestos de salud de Aere Mbare y Aere Golleré en la moughata'a de Bababé, centro de salud de Mbagne y puestos de salud de Ferrallah, Fondou, Bagodine y Niabina en la moughata'a de Mbagne).

Paralelamente, se ha apoyado la descentralización del servicio de información sanitaria a nivel de los CSM con el equipamiento de los centros de salud de las cinco moughata'as con ordenadores fijos e impresoras.

Debido a la debilidad institucional de la DRAS y el Ministerio para la gestión de las obras, se contrató a un gabinete profesional que ayuda a **medicus mundi** en todo el proceso relacionado con las construcciones, desde la identificación de las infraestructuras en las que se actuará, hasta la redacción de los pliegos de condiciones técnicas, participación en el lanzamiento de ofertas y seguimiento de las obras hasta su finalización.

2.2.7 Visibilidad de la cooperación (sede medicus mundi en Granada)

En el periodo evaluado no se ha instalado aun la página web que deberá dar visibilidad a la cooperación de la AECID, **medicus mundi** y al Convenio entre la población española.

Se nos ha informado que la página web será una realidad a partir de 2013 ya que hubo varios problemas técnicos que impidieron su puesta en funcionamiento en el plazo previsto.

3. CRITERIOS DE EVALUACION Y FACTORES DE DESARROLLO

Es preciso señalar que la evaluación se centrará en la formulación del Convenio, salvo cuando sea necesario precisar algún ejemplo concreto de una acción.

Así mismo, teniendo en cuenta el desigual grado de ejecución del convenio, la valoración de los criterios la hemos desagregado por país.

3.1. EFICACIA (*medición y valoración del grado de consecución de los objetivos inicialmente previstos*)

Teniendo en cuenta la lógica de cascada utilizada en el diseño del Convenio, consideramos que es más procedente utilizar el Marco Lógico global del convenio como base de análisis de la eficacia ya que contiene todos los elementos necesarios para realizar el análisis de este criterio. No obstante el análisis hará referencia, cuando sea necesario, a cada una de las acciones en curso de ejecución.

El informe de seguimiento de las PAC's 1,2, y 3, han estado disponibles para la comprobación de la ejecución de las actividades, si bien en el transcurso de la evaluación hemos podido obtener información complementaria para verificar el grado de cumplimiento de las actividades y resultados.

En consecuencia, hemos utilizado las entrevistas, comprobación de documentos, informes internos de **medicus mundi** y observación directa con el fin de conocer el grado de avance en la consecución de los resultados a fecha mayo 2013, algo que sin duda beneficia a una evaluación intermedia.

Aunque la medición del objetivo general, tal y como está redactado, "*Reducir la mortalidad infantil (ODM 04) y la materna (ODM 05) en la zona de actuación de Marruecos y Mauritania*", presenta ciertas limitaciones a la hora de cuantificar la contribución de esta intervención a la reducción de las tasas de mortalidad materno infantil, debido a la falta de datos fiables y actualizados, tal y como reconocen ambos Ministerios de Salud. Sin embargo, el hecho de que este convenio se inserta en un conjunto de medidas públicas³⁸ tendientes a obtener dicho Objetivo, permite ser optimistas de cara su obtención.

Todas las actividades previstas en el marco lógico del Convenio, dependen directamente, para su ejecución, de los dos actores implicados en el proyecto: **medicus mundi** y los Ministerio de Salud de Marruecos y Mauritania, a través de las Delegaciones provinciales o regionales.

En todas las áreas y sectores de intervención, se aprecia que los responsables a nivel provincial, regional y nacional han realizado las necesarias tareas de coordinación para

³⁸Especialmente en el caso de Marruecos: Plan de aceleración de la reducción de las tasas de mortalidad infantil y maternal al que nos hemos referido anteriormente y en el caso de Mauritania por su inserción en el PNSR.

garantizar la realización de todas las actividades³⁹, especialmente las formaciones del personal sanitario, favoreciendo su participación y procurando que la misma, no implicara una desatención del puesto de trabajo por parte de los beneficiarios de las formaciones, ya que el personal formado trabaja en los centros de salud y durante el tiempo de la formación han tenido que dejar su puesto de trabajo.

Por su parte, **medicus mundi** ha realizado las tareas necesarias para garantizar el correcto desarrollo de todas las acciones.

Como se señala en el apartado de Metodología, no todos los indicadores del Objetivo (de Logro según la LB) están cuantificados y por lo tanto son difícilmente verificables. Sin embargo los indicadores de desempeño (seguimiento de las actividades relacionadas con el resultado) sí que lo están permitiendo en su conjunto analizar el grado de ejecución del Convenio.

Veamos un análisis de la tendencia de obtención del Objetivo Específico previsto en el Convenio. Para ello, analizaremos primero el grado de cumplimiento de las actividades ligadas a cada uno de los resultados previstos y la contribución de los mismos al logro del Objetivo Específico.

Entendemos que es pertinente hacer una distinción entre los dos países en los que se interviene, debido a que el contexto, la experiencia de **medicus mundi** y el grado de ejecución son muy diferentes en ambos casos.

a.- Marruecos

Valoramos positivamente el hecho de que durante el primer año de ejecución del Convenio se haya dedicado un tiempo sustancial a la elaboración de la línea de base, a la validación de los procedimientos de trabajo con el MS y, especialmente, al trabajo de base con las organizaciones de la sociedad civil, ya que son conocidas sus limitaciones y debilidades en temas de gestión de proyectos.

Con respecto a la capacitación de los recursos humanos (Acción 1 – Resultado 1 del Convenio)

Durante los dos primeros años de ejecución del Convenio se han realizado un importante número de formaciones, reuniones y talleres de planificación, así como la elaboración, validación y reproducción de materiales pedagógicos y de apoyo a las formaciones. **Ver apartado de evidencias encontradas y Anexo con resumen de actividades.**

La ejecución de las actividades formativas previstas en la formulación y PAC's del Convenio, se puede considerar adecuada y de acuerdo con las capacidades de las Delegaciones provinciales para poder organizar las formaciones planificadas sin afectar el funciona-

³⁹Tal y como recogen los convenios de colaboración firmados a comienzos de 2011 con todos los actores en Marruecos y a finales de 2012 en Mauritania, con el MASEF y la DRAS, si bien en este país se firma un acuerdo marco de colaboración con el MS en marzo de 2011.

miento de los centros, que también ejecutan otras actividades formativas organizadas por el propio MS y otros socios.

El indicador de desempeño de la LB, preveía una meta en 2014 de formar a un mínimo de 1800 profesionales. En este momento, la meta está alcanzada en cuanto al número de participantes en las formaciones, si bien es posible que algún profesional haya recibido más de una formación. Una mejora del sistema de información y de seguimiento de indicadores, debería ser tenido en cuenta por **medicus mundi** en el seguimiento y evaluación de las actividades de formación.

La mejora de los indicadores relacionados con las capacitaciones impartidas (Indicador 2 del R1), no puede ser evaluada en este momento ya que no existen valores de partida comparables ni valores actuales. El hecho de no disponer de datos sistematizados del personal de los CS que han sido formados en las diferentes áreas (PF, PCIE, micro planificación, Gestión de la circunscripción sanitaria, etc.) y sobre todo, del grado de aplicación de estas formaciones en los ESSB, impide su correcta evaluación. Es necesario reflexionar sobre la manera de recoger información de los CS implicados en la intervención, en cuanto a la aplicación y efectos de las formaciones impartidas, lo que contribuiría a conocer el grado de obtención del resultado y su contribución al cumplimiento del objetivo específico.

Tampoco ha sido posible conocer documentalmente la tasa de cobertura de la formación AIEPI (Indicador de desempeño 2 de la LB), aunque las fuentes del Ministerio (Servicio materno infantil) indican que se aproxima al 55 %, que entra dentro de las previsiones del Convenio.

Este resultado se está cumpliendo y contribuye de forma eficaz a la obtención del Objetivo Específico del Convenio.

Con respecto a la participación comunitaria (Acción 2 – Resultado 2 del Convenio)

Se han realizado la mayor parte de las actividades previstas de formación de asociaciones locales, sobrepasando con creces el número de asociaciones previstas⁴⁰.

Se ha constatado que esta intervención, al menos por el momento, no prevé el seguimiento de estas asociaciones formadas, ni en la adopción de estrategias ni de la aplicación de las formaciones en sus actividades salvo en lo que se refiere a realizar algunas actividades de sensibilización. Ello supone que esta acción no va más allá de formar a las asociaciones, con el consiguiente riesgo de que los útiles o procedimientos adquiridos no sean aplicados y en consecuencia, la eficacia de la intervención se resienta, al no garantizar que al menos un grupo de estas asociaciones formadas integran el Derecho a la Salud en sus estrategias, tal y como se contempla en el Indicador de resultado.

Uno de los logros más importantes del Convenio es el apoyo a la creación y consolidación de la RMDS. Aunque está en fase de estructurarse y dotarse de estatutos y reglamenta-

⁴⁰30 asociaciones formadas frente a las 10 previstas.

ción, se está mostrando como una plataforma social con capacidad de convocatoria y de incidencia mediática en materia de Derecho a la Salud⁴¹, logrando que por el momento una veintena de asociaciones, mayoritariamente de carácter nacional, hayan mostrado su interés por adherirse a la Red.

También se han llevado a cabo con un ritmo apreciable, si bien solo en algunas provincias, las actividades relacionadas con el apoyo a la estrategia pública de participación comunitaria en salud. Destacamos el hecho de que a finales de 2012, 31 CS de la zona de intervención del convenio, cuentan con PRC operacionales y están aplicando procesos de participación comunitaria. Ello muestra que el indicador de desempeño de la LB se ha visto superado con creces.⁴²

Todas las DRS y DMS entrevistadas, así como las Direcciones del nivel central involucradas, apuestan por la participación comunitaria en salud, pero son conscientes que es imprescindible una reglamentación apropiada que permita la consolidación de los procesos iniciados, regule la participación del personal sanitario y garantice la viabilidad del proceso.

Mientras la estrategia del MS no esté en operativa y reglamentada, es difícil integrar la participación comunitaria en los CS, dependiendo la misma, tanto del interés personal de los responsables como de la disponibilidad de personal, limitando la eficacia del Convenio en esta componente.

Hoy en día las experiencias exitosas en algunas provincias se debe más al interés y compromiso de sus responsables que a la integración de esta componente en sus planes de acción, lo que supone un riesgo muy grande de viabilidad dada la alta movilidad de personal (movimiento de personal, cambios de destino) entre los responsables provinciales o regionales y el personal de los CS.

Haber contado con una asistencia técnica de calidad, y gran experiencia, en el desarrollo de la componente comunitaria, es apreciada señalada por todos los actores entrevistados como un elemento que mejora la intervención.

Así mismo, este equipo evaluador ha tenido la ocasión de participar en el Taller de restitución de resultados de la componente comunitaria, celebrado en abril de 2013, y valora positivamente el hecho de que todos los actores, personal sanitario, responsables del MS, puntos focales regionales y asociaciones, puedan compartir datos, reflexionar y analizar la fortalezas y debilidades del proceso, debatir la organización de actividades y sobre todo el hecho de estar creando una dinámica participativa entre todos los actores.

Destacamos el hecho de que el Convenio está promoviendo la creación y puesta en funcionamiento de los Comités Locales de Salud, que si bien no están regulados aportan una experiencia enriquecedora al MS para su inclusión dentro de la Estrategia Comunitaria en fase de elaboración.

⁴¹Ver informes de seguimiento de las actividades de la RED.

⁴²31 CS operacionales frente a los 10 previstos.

Entendemos que la puesta en marcha de los Comités locales de salud, permitirá poner en valor las formaciones de las asociaciones locales e introducir el concepto de Derecho a la Salud en las comunidades, tal y como se contempla en la formulación del resultado. Una mayor sinergia entre la formación de asociaciones locales realizada por la UAF y las asociaciones comunitarias de las zonas en las que más se está implantando la participación comunitaria, hubiera contribuido a la eficacia de este resultado.

Entendemos que en esta componente existe una diferencia de visión entre el MS y **medicus mundi**. Mientras el MS entiende la participación comunitaria como un elemento práctico que ayuda al MS en las zonas rurales, en las que su presencia es menor, a prestar servicios, normalmente ligados a la SSR, **medicus mundi** entiende que la participación comunitaria va más allá de la mera ayuda, siendo el instrumento que permitirá a las comunidades participar en todos los procesos en relación con la salud de la comunidad (detección y solución de problemas, participación en las estrategias locales, colaboración con el CS cercano, puesta en valor del derecho a la salud, etc.). Aunque la estrategia del MS es la que definirá el contenido y alcance de la participación comunitaria, sería conveniente que se incluyera en lo posible la visión de **medicus mundi**, que pensamos es más amplia y está en consonancia con la visión de otros organismos internacionales.

Con respecto a la componente de accesibilidad (Acción 3 – Resultado 3 del Convenio)

En este momento, se han seleccionado las estructuras de salud que serán rehabilitadas y equipadas y los procedimientos de lanzamiento de las ofertas están en fase de lanzamiento. No parece, teniendo en cuenta la experiencia de **medicus mundi** en esta componente, que al final del Convenio haya problema para alcanzar los indicadores previstos.

De las entrevistas y reuniones, de los documentos e informes revisados se desprende un alto grado de interés y participación en las actividades del conjunto de beneficiarios: socios locales como co-gestores de la ejecución, personal sanitario, las asociaciones de la sociedad civil, los PRC y asociaciones locales. No se detectan dificultades que impidan a los beneficiarios acceder a las actividades programadas.

La poca disponibilidad del personal de salud, las bajas y la alta movilidad de personal (a veces el personal que llega a su jubilación no es reemplazado y también se producen casos de movilidad cada uno o dos años) y la carga de trabajo en las DMS y CSCA son varias de las principales razones para explicar cierto retraso en algunas de las acciones.

En cuanto a los beneficiarios indirectos, la población que se beneficiará de la mejora de los servicios sanitarios, por el momento es prematuro realizar cualquier valoración, debido a que aún se encuentran en fase de ejecución las actividades que más directamente les afectan.

Sin embargo, se detecta⁴³ que en aquellas provincias en las que se aplica la componente comunitaria y se desarrollan las acciones de modo integral: Infraestructuras, aplicación generalizada de PCIE, mejora de las capacidades del personal sanitario y participación comunitaria, la población está más satisfecha y utiliza más los servicios de salud.

Valorar positivamente el hecho de que la colaboración desde hace varios años entre **medicus mundi** y el MS de Marruecos, hace que los procedimientos de trabajo estén muy definidos, lo que permitirá recuperar el desfase en la mayoría de las actividades y contribuye a mejorar la eficacia de la intervención.

De todas formas, como ya se ha comentado anteriormente, en el año 2012 y sobre todo a partir del segundo semestre, el Convenio entra en una dinámica progresiva de ejecución que se está consolidando en 2013.

A continuación se presentan unas tablas sobre ejecución de las actividades, con indicadores globales, a fecha de 31/12/2012.

Ejecución Física Programada 2011 - 2012		Ejecución Física realizada 2011 - 2012	
Marruecos		Marruecos	
Acción 1	Formar 445 profesionales de salud en SMI y AIEPI	Acción 1	Hasta la fecha hay 1.803 profesionales que han participado en las formaciones ⁴⁴
Acción 2	Capacitar al menos 20 voluntarios de 10 asociaciones	Acción 2	Más de 40 asociaciones han participado en las capacitaciones
Acción 3	Comenzar rehabilitación de 2 CSCA	Acción 3	No se han comenzado los trabajos

La valoración de la eficacia, al menos en cuanto a la ejecución de actividades formativas y de capacitaciones realizadas en el año 2012 en Marruecos, es bastante positiva, los resultados se están alcanzando, contribuyendo a obtener el objetivo específico previsto, con buenas expectativas de que se mejorará el nivel de ejecución y logro de indicadores en los dos próximos años.

b.- Mauritania

Valoramos positivamente que el primer año del Convenio se dedicara a la elaboración de la LB, si bien se aprecia la debilidad del sistema de información en Mauritania que dificulta la adopción de metas cuantificadas realistas y fiables.

⁴³Tanto en las estadísticas de utilización de servicios de salud (ver estadísticas de los Planes de acción regionales), como en las entrevistas informales con usuarios durante las visitas de terreno

⁴⁴El número de participantes registrados en las diferentes formaciones realizadas es de 1.803 pero habría que verificar cuantas personas han participado en varias formaciones (la misma persona registrada varias veces)

Sin embargo, a pesar de contar con un periodo de tiempo que creemos suficiente, todo 2011, para precisar y planificar las PAC's del Convenio, y aun comprendiendo las debilidades del sistema de salud mauritano, se aprecia que la ejecución de las actividades empezó muy tarde y en consecuencia el desarrollo del Convenio sufre un gran retraso, tal y como se comentan en los propios informes de seguimientos de las PAC realizadas hasta el momento⁴⁵.

Las causas que han influido en el normal desarrollo de las actividades, provocando retrasos en la ejecución y limitando la eficacia de la intervención en este periodo, son múltiples. Entre las que consideramos más importantes podemos citar:

- Conflictividad en la zona que ha limitado el seguimiento de las actividades en terreno.
- Falta de planificación del trabajo e inexistencia de verdaderos planes de acción tanto en las DRAS como en las CSM. Lo que ha retrasado la adopción de una estrategia de trabajo, la concreción de las actividades y su implantación sobre el terreno.
- Una identificación / planificación del Convenio que, en nuestra opinión, no tuvo suficientemente en cuenta la realidad del país y de la zona de intervención, la debilidad del MS, especialmente en lo que concierne a las capacidades y limitaciones de la DRAS como contraparte local.
- El hecho sobrevenido de que la DRAS ha sufrido numerosos cambios de responsables en pleno periodo de ejecución, tanto a nivel regional como en las Moughata'as.
- Una formulación del Convenio y de las PACs, que no ayuda a mostrar aquello que verdaderamente se está haciendo, especialmente en lo que se refiere a las actividades e indicadores, ni tampoco a valorar la estrategia de intervención en su conjunto.
- La dificultad de crear un equipo local de apoyo, que no se pone en marcha de forma definitiva, hasta julio de 2012.

Como ya se ha comentado en el apartado de Evidencias encontradas, todas las actividades previstas convergen en el apoyo a la extensión y fortalecimiento del FO.

Con respecto a la capacitación de los recursos humanos (Acción 4 – Resultado 4 del Convenio)

La estrategia seguida hasta el momento para el refuerzo de capacidades del personal sanitario se ha focalizado en la mejora de las capacidades del personal en el manejo de

⁴⁵Ver informe de seguimiento de PAC1, 2 y 3.

datos o indicadores de salud - desde la recogida hasta el análisis de los mismos en la región de Brakna - y la gestión del FO. Por el momento, tal y como estaba previsto en la formulación de esta acción, no se ha apoyado la mejora de los procedimientos de gestión, planificación o supervisión de la DRAS, DMS y del personal de los CS, ni la formación especializada del personal de salud, aunque se han previsto acciones en este sentido por los dos años siguientes.

Consideramos que fortalecer al personal sanitario en gestión, complementando las formaciones realizadas sobre gestión del FO, hubiera mejorado la eficacia de la intervención, en el convencimiento⁴⁶ que mejorar la gestión en salud es fundamental para mejorar la calidad de la asistencia prestada a los beneficiarios.

Creemos que aunque es pertinente realizar acciones puntuales encaminadas a mejorar el sistema de información a nivel regional⁴⁷, apoyar el proceso de recogida de datos en una sola región, aunque sea un aspecto que repercute positivamente en la información disponible del Convenio, disminuye la eficacia de la intervención. El sistema de datos tiene carácter nacional y como tal debe ser tratado a la hora de programar actividades⁴⁸.

Tomando como referencia los datos de la región, en los que se aprecian la deficiente formación técnica del personal, sorprende que las formaciones sanitarias especializadas sean por el momento, escasas, teniendo en cuenta las necesidades reales de formación del personal en la región⁴⁹. Se prevé que desde el inicio del Convenio hasta finales de 2013, en total se hagan solamente 5 cursos de formación especializada (SONU y PF). El resto de cursos están en relación con el sistema de información sanitaria a nivel regional.

Independientemente de que el número de beneficiarios de las formaciones es la mitad de los previstos, y que el número de cursos ha sido escaso, pensamos que el hecho de haber priorizado las formaciones en informática con el objetivo de mejorar el sistema de información de salud, resta eficacia al resultado, ya que al no realizarse formaciones en SR se limita la contribución de esta componente a la obtención del Objetivo de mejorar la atención sanitaria de la población.

El bajo grado de ejecución de actividades y el limitado número de beneficiarios con respecto al previsto, así como la no realización durante el periodo evaluado de formaciones técnicas⁵⁰ provoca que el grado de eficacia de esta acción sea, por el momento, bajo-

Si bien se observa que a partir del segundo semestre de 2013 se está generando una dinámica de ejecución más activa, las dificultades de gestión - financiera, técnica y de re-

⁴⁶ Compartido con los actores consultados y citado en la mayor parte de documentos estratégicos consultados.

⁴⁷ El apoyo a la descentralización del SNIS a nivel de moughata'a forma parte de la estrategia nacional del MS y de la dirección encargada (DPCIS)

⁴⁸ Aunque no tenemos el dato confirmado, el representante de FNUAP nos informó que la UE va a subvencionar un programa de apoyo al sistema nacional de datos de salud.

⁴⁹ Tampoco se ha apreciado que se haya hecho un mapeo de actores que permita complementar la formación con otras realizadas, o en curso, en la región.

⁵⁰ Tal y como se prevé en el documento de formulación tanto del convenio como de las PACs

cursos humanos - de la DRAS y su escasa capacidad de planificación, no permiten ser muy optimistas en cuanto a la eficacia de este resultado al final del Convenio.

Con respecto a la participación comunitaria (Acción 5 – Resultado 5 del Convenio)

Debido a la debilidad manifiesta de las ONG mauritanas, se decidió trabajar con el MASEF⁵¹, organismo que cuenta con facilitadoras y animadoras que sensibilizan a la población en temas relacionados con la salud, educación, hábitos higiénicos, higiene, etc., constituyéndose en verdaderos PRC que promuevan entre la población el acceso a los servicios de SR, aunque no podemos considerar que su trabajo promueva el desarrollo de la participación comunitaria ni el enfoque de Derecho a la Salud, aspectos contemplados en la formulación del convenio y de la propia Acción 5.

Si bien por el momento las actividades de esta componente han sido escasas, quizás por la tardía firma de acuerdo con el MASEF y la escasa capacidad de planificación del mismo, en 2013 se han planificado varios cursos de formación para 150 beneficiarias (facilitadoras y animadoras) en temas de salud reproductiva y en la promoción del FO.

Sin duda, las formaciones permitirán mejorar sus capacidades y posibilitará que las beneficiarias potenciales, especialmente las mujeres de comunidades rurales, estén mejor informadas sobre las ventajas de inscribirse en el FO o al menos, para dar a conocer los servicios de salud públicos en materia de CPN, o CPON. Una parte importante de la sensibilización se dedica a dar a conocer los riesgos de los partos y la necesidad de que los partos sean asistidos.

Ante la debilidad del movimiento asociativo en Mauritania, entendemos que **medicus mundi** ha sido reactivo y ha identificado una estrategia de intervención que suple a lo inicialmente previsto. Otras alternativas merecerían haber sido contempladas.

Ninguna actividad con los Agentes Comunitarios de Salud, parteras tradicionales o club de jóvenes, tal y como se señala en la formulación de la acción, han sido realizadas al centrarse el trabajo en los procesos de sensibilización junto al MASEF. Sería necesario hacer una reformulación de actividades e indicadores para mejorar el seguimiento y analizar mejor la eficacia de esta componente.

En el periodo evaluado las actividades realizadas han sido muy escasas, lo que se traduce en un bajo nivel de eficacia. Sin embargo la tendencia es que en 2013 se realicen más cursos de formación y comiencen las actividades de sensibilización con la población en materia de SR de la población y promoción del FO, lo que aumentará la eficacia de la intervención en lo que se refiere a la promoción de la utilización de los servicios de SR, aunque se habrá abandonado la promoción del derecho a la salud en el ámbito asociativo o comunitario, tal y como se indica en el R5 del Convenio.

⁵¹Ministerio de Asuntos Sociales, Infancia y Familia, en sus siglas en francés.

Con respecto a la componente de accesibilidad (Acción 6 – Resultado 6 del Convenio)

En este periodo, de acuerdo con la DRAS y en base a unos criterios basados en la implantación del FO (alineamiento con las políticas del MS); poblacionales (atención al mayor número posible de mujeres y niños) y de gestión de recursos humanos (centros que cuentan con personal), se definieron las 5 infraestructuras a construir.

El apoyo a la extensión del FO ha sido eficaz, apoyando la creación del mismo en 8 nuevas estructuras.

En el periodo evaluado, se han puesto en marcha todos los procedimientos administrativos y técnicos necesarios para garantizar la realización de las obras así como la realización de un seguimiento de la calidad de las mismas.

Si tenemos en cuenta los problemas de gestión de la DRAS antes mencionados, consideramos que el nivel de eficacia de esta componente es MEDIO ALTO y que aunque el ritmo de los procesos, incluido el de construcción, sean lentos, parece que al final del Convenio podrán alcanzarse los indicadores previstos en esta componente.

Los indicadores de desempeño previstos son difícilmente medibles en las acciones 4 y 5, debido a su poca adecuación a las actividades realizadas y al escaso grado de ejecución. Así mismo para el R6 no se dispone de indicadores que muestren el grado de apoyo a la extensión del FO en la región, que sin embargo ha sido el eje principal de trabajo del Convenio.

A continuación se presentan unas tablas sobre ejecución de las actividades, con indicadores globales, a fecha de 31/12/2012.

Ejecución Física Programada 2011 - 2012		Ejecución Física realizada 2011 - 2012	
Mauritania		Mauritania	
Acción 4	Formar 70 profesionales de la salud en temas de salud materno-infantil	Acción 4	Se han formado 47 profesionales de la salud, 28 mujeres y 19 hombres
Acción 5	Formar 75 animadoras de salud	Acción 5	Se han formado 25 animadoras de salud
Acción 6	Empezar trabajos en 3 CS	Acción 6	No se han comenzado los trabajos

Con respecto a la visibilidad del convenio (Acción 7 – Resultado 7 del Convenio)

En la actualidad se están concretando los contenidos de la web, sus objetivos y diseño definitivo. La acción no se ha ejecutado totalmente debido a la propia ralentización de las actividades del Convenio.

Conclusiones con respecto al Objetivo Específico del Convenio.

El Objetivo específico del Convenio: **“Mejorar la atención sanitaria prestada a las mujeres en edad reproductiva (prenatal, partos, postnatal y planificación familiar) y a los niños en los primeros años de vida de las zonas de actuación previstas”** es adecuado y coherente con la metodología de intervención planteada.

Independientemente de los aspectos señalados en el apartado de formulación, los resultados previstos son complementarios y favorecen la consecución de un objetivo específico que contempla la mejora de la atención sanitaria en SSR.

Los Indicadores de Logro señalados en la LB no cuentan con una meta definida, lo que dificulta su utilización para la evaluación. Además el sistema de información en ambos países es deficiente lo que no permite ni siquiera analizar una tendencia en este momento.

En Marruecos, el convenio plantea actividades coherentes para alcanzar los resultados previstos, y los mecanismos de ejecución puestos en práctica están siendo eficaces y no han provocado retrasos importantes que vayan a influir en el grado de cumplimiento de los resultados previstos al final del Convenio.

En consecuencia, el grado de ejecución del convenio en Marruecos es alto y la eficacia en el cumplimiento del Objetivo Específico está siendo ALTA, aunque como se ha comentado, será difícil verificarlo con los indicadores formulados.

Apreciamos que la documentación del convenio, especialmente las PACs y los informes de seguimiento, no reflejan suficientemente la estrategia operativa que se está siguiendo en Mauritania, en nuestra opinión porque la documentación de planificación y seguimiento del Convenio está basada en un ML que no refleja adecuadamente que el eje vertebrador del Convenio es el FO, y en consecuencia, las actividades planificadas promueven tanto la extensión como la mejora de la calidad de este instrumento. Ello dificulta la valoración tanto de este criterio como de otros.

El retraso de ejecución es considerable en dos de las acciones previstas (4 y 5) y las formaciones impartidas por el momento, en el marco del refuerzo de las capacidades del personal sanitario, no contribuye a mejorar la asistencia médica a la población beneficiaria, si bien en la programación de 2013⁵² se intuye un incremento de formaciones técnicas al personal sanitario de la región que contribuirá a obtener el Objetivo específico previsto al final del Convenio.

En consecuencia, el grado de ejecución del convenio en Mauritania es bajo y la eficacia en el cumplimiento del Objetivo Específico está siendo BAJA.

⁵²Desconocemos la de 2014

3.2. EFICIENCIA (estudio y valoración de los resultados alcanzados en comparación con los recursos empleados)

El Convenio ha sido financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en el marco de la convocatoria de subvenciones a las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo para la realización de Convenios de cooperación al desarrollo, correspondiente al año 2010 (Resolución de 21 de octubre de 2009, de la Presidencia de la AECID; BOE nº 265, de 3 de noviembre de 2009), con una duración prevista de 48 meses y código 10-CO1-097.

El Convenio tiene un presupuesto total de 5.625.000 Euros, de los cuales 4.500.000 Euros provienen de la subvención de la AECID, que representa el 80 % del presupuesto total y el resto, 1.125.000 son aportados por **medicus mundi** y por otros financiadores.

En el transcurso de la evaluación, hemos contado con todos los informes de seguimiento económico global del convenio y de cada una de las acciones así como de los informes internos de consumo del presupuesto. Ello, nos ha permitido hacer un análisis del gasto efectuado y obtener una visión del grado de consumo de cada acción y del global del Convenio.

En general, no se ha detectado en el transcurso de la evaluación que se hayan producido riesgos importantes que pudieran haber afectado al desarrollo del mismo.

Planificación

En su diseño original, el Convenio parece que fue bien planificado con respecto a los recursos necesarios para la realización y la ejecución de las actividades previstas.

Este cuadro refleja la distribución por países de la subvención AECID⁵³:

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	TOTAL
Marruecos	622.278,50 €	991.875,24 €	722.939,50 €	546.336,76 €	2.883.430,00 €
Mauritania	352.721,50 €	558.124,76 €	402.060,50 €	303.663,24 €	1.616.570,00 €
TOTALES	975.000,00 €	1.550.000,00 €	1.125.000,00 €	850.000,00 €	4.500.000,00 €

El total de población directamente beneficiaria del Convenio (mujeres en edad fértil e infancia de menos de 5 años) es de 2.910.935 personas (100%). En Marruecos hay 21 DMS con una población directamente beneficiaria de la intervención de 2.793.644 personas (95,97% del total del Convenio) y en Mauritania hay una DRS con 5 distritos y una población beneficiaria de 117.291 personas (4,03% del total del Convenio).

⁵³Es el resultado de prorratear por países los gastos regionales, de educación para el desarrollo, otros gastos directos conjuntos (gastos de identificación, seguimiento, evaluación, personal y auditoría) y costes indirectos

PARTIDAS	Contribuciones exteriores efectivo				
	AECID(1)	Otras aportaciones públicas	ONG (3) española/agrupación	Otras aportaciones privadas	TOTAL
A. COSTES DIRECTOS					
A.I Identificación (Máx. 60.000 €)	20.000,00				20.000,00
A.II Evaluación/es					0,00
A.II.1 Evaluación intermedia	30.000,00				30.000,00
A.III Auditorías	36.000,00				36.000,00
A.IV Terrenos y/o inmuebles	13.000				0,00
A.V Construcción y/o reforma	1.010.387,00				1.010.387,00
A.VI Equipos, materiales, suministros.	822.576,00				822.576,00
A.VII Personal					0,00
A.VII.1 Personal Local	375.770,00		25.000,00		400.770,00
A.VII.2 Personal Expatriado	540.620,00				540.620,00
A.VII.3 Personal en Sede	133.340,00				133.340,00
A.VIII Servicios Técnicos	198.023,00		50.000,00		248.023,00
A.X Función. Terreno (1% máx.)	34.627,00				34.627,00
A.XI Viajes, alojamientos y dietas	777.657,00		50.000,00		827.657,00
A.XII Gastos financieros	8.000,00				8.000,00
A.XIII Educación y Sensibilización en España					0,00
A.XIII.2 Public, pág. Web..	20.000,00				20.000,00
TOTAL COSTES DIRECTOS	4.020.000,00	0,00	125.000,00	0,00	4.145.000,00

El reparto inicial del presupuesto por partidas parece adecuado y adaptado a las actividades previstas, observándose un reparto equitativo, de aproximadamente un 25 % del presupuesto global entre las partidas de: Construcción, Personal / servicios técnicos y Equipamiento. Algo menos del 20 % es destinado a la partida de viajes y dietas, que es razonable teniendo en cuenta la lejanía entre los lugares de realización de las actividades.

Los gastos de personal y de viajes, aunque pudieran parecer elevados, se explican por la diversidad de acciones, actividades y sobre todo por la dispersión geográfica de las mismas, que exigen un seguimiento y coordinación más cercana.

En cuanto al presupuesto y su distribución por país y en relación al número de población y personal de salud beneficiario de la intervención así como al número de regiones y de provincias en las que se interviene, llama la atención que para Marruecos se haya asignado un presupuesto de 2.883.400 €, que es el 64% del presupuesto total y a Mauritania, con mucha menos población, regiones y provincias beneficiarias, se haya asignado 1.616.570 €, que representa el 34% del presupuesto total.

Ejecución

El nivel de ejecución presupuestaria, referido a costes directos en actividades del Convenio, a 31 de diciembre de 2012 y de acuerdo al presupuesto programado, era de alrededor del 56% en Marruecos y de menos de un 20% en Mauritania. En Marruecos hubo sub-ejecución ligada principalmente al componente obras y equipos (acción 3) y en Mauritania hubo sub-ejecución en las tres acciones.

Las siguientes tablas muestran el nivel de ejecución por acción y país:

Ejecución Financiera prevista 2011 - 2012			Ejecución Financiera ejecutada 2011 - 2012		
Marruecos	EUR	Porcentaje	Marruecos	EUR	Porcentaje
Acción 1	274.122 €	100 %	Acción 1	273.557 €	99,79 %
Acción 2	248.186 €	100 %	Acción 2	119.441 €	48,12 %
Acción 3	281.406 €	100%	Acción 3	60.741 €	21,59 %
Total	803.714 €	100 %	Total	453,739 €	56,50 %

Ejecución Financiera prevista 2011 - 2012			Ejecución Financiera ejecutada 2011 - 2012		
Mauritania	EUR	Porcentaje	Mauritania	EUR	Porcentaje
Acción 4	177.874 €	100 %	Acción 4	37.974,73 €	21,35 %
Acción 5	59.271 €	100%	Acción 5	7.091,89 €	11,96 %
Acción 6	189.372 €	100%	Acción 6	39.263,57 €	20,73 %
Total	426.517 €	100%	Total	84.330,19 €	19,77%

Sin embargo, se aprecia como en 2013, con el relanzamiento de las actividades y el comienzo de las acciones 3 y 6 (rehabilitación de infraestructuras), el nivel de ejecución se está acelerando al mismo tiempo que los resultados se van obteniendo.

La ejecución de gastos se audita anualmente y en el momento de la evaluación intermedia los resultados de 2012 no contaban con la certificación de la auditoría por lo que las cifras y porcentajes de ejecución financiera de ese año no son definitivos, si bien son muy aproximados.

Tanto en Mauritania como en Marruecos, se aprecia que los costes de las formaciones y de la rehabilitación están muy estructurados y planificados⁵⁴, adaptados a los usos y costumbres locales, lo que está permitiendo en Marruecos, y en menor medida en Mauritania, ser más eficientes en la obtención de los resultados, con un número elevado de cursos y beneficiarios, con respecto a los recursos empleados.

El sistema aplicado para las indemnizaciones por desplazamiento, alojamiento y manutención otorgadas a los participantes en las formaciones es cuestionado por un número importante de los beneficiarios de las formaciones, tal vez por estar instaurado en el país

⁵⁴Ver informes internos de seguimiento financiero por acción.

el hábito de "motivar" al personal para que participe en las formaciones, sobre todo si estas son financiadas con dinero de la cooperación. Esta es una situación que se repite en muchos otros países y desde luego no es un problema generado por la forma de gestionar el Convenio.

Pese a la dificultad, por ser un componente con mayor diversidad de actores, la promoción del Derecho a la Salud entre la sociedad civil, especialmente con las asociaciones de mujeres, está avanzando y las formaciones realizadas se han venido realizando de forma eficiente y con unos resultados prometedores en cuanto al interés y fortalecimiento institucional de dichas asociaciones.

En Mauritania es demasiado pronto para valorar la eficiencia de la componente comunitaria.

En cuanto a los socios locales

Marruecos

Teniendo en cuenta que la principal contraparte local de este proyecto es el Ministerio de Salud⁵⁵, consideramos que tiene todas las capacidades necesarias para la ejecución de todas las acciones del Convenio, tal y como se ha demostrado a lo largo del desarrollo del mismo.

El MS tiene experiencia y personal formado en el sector de la formación de personal sanitario y realiza numerosos programas tanto nacionales como internacionales para la mejora de la cobertura y calidad de las prestaciones sanitarias. Ello se ha manifestado en el proyecto en la puesta a disposición de una forma clara de todos los recursos disponibles para la ejecución correcta del mismo.

El trabajo de gestión por parte de **medicus mundi**, así como la implicación e interés de la mayor parte de Delegaciones de salud y Direcciones centrales del MS en la ejecución del Convenio, son las claves del éxito logrado hasta la fecha y refuerzan la eficiencia del Convenio.

La UAF y la RMDS tienen sobrada experiencia en la ejecución de actividades similares a las planteadas en el Convenio, si bien se aprecia debilidades manifiestas de planificación y gestión, fruto de la escasez de recursos humanos y financieros, aunque el Convenio ha apoyado financieramente a las dos instituciones para que se doten de una mayor estructura y cuentan con un apoyo permanente del personal de **medicus mundi** para la gestión de las actividades.

Una mayor relación entre los socios locales sería necesaria. Es necesario reforzar la coordinación y comunicación entre los servicios centrales del MS y las DRS y DMS. Reuniones periódicas para mostrar los avances del convenio y la planificación trimestral podría favo-

⁵⁵Incluidas las Delegaciones Provinciales.

recer la eficiencia, al compartir todos los actores ministeriales una misma visión de la intervención, lo que sin duda, podría provocar mayores sinergias en la intervención.

Mauritania

Tal y como se ha explicado en este documento y en los propios informes de seguimiento del Convenio, el principal socio local mauritano (MS y DRAS de Brakna) se caracteriza por tener escasas capacidades y por la debilidad de sus procedimientos de gestión que se han visto agravados por los problemas internos que han condicionado la ejecución del convenio y causado importantes retrasos, influyendo negativamente en la eficiencia del Convenio.

En cuanto al MASEF, no tenemos elementos que nos permita valorar su aporte como socio local, si bien parece que cuenta con más experiencia de trabajo y con procedimientos más acordes con las necesidades del Convenio, aunque sufre parecidas carencias organizacionales y operativas que el MS

En general, apreciamos que los equipos de personal de todos los socios locales están sobrecargados de trabajo ya que intervienen simultáneamente en muchos programas y proyectos, diferentes de las actividades del Convenio. También se observa en todos los casos, una excesiva concentración de la información en personas claves de los organismos centrales de los socios, sean públicos o privados, que puede suponer una amenaza para la sostenibilidad de las acciones en caso de que algunas personas dejen de trabajar en estos organismos.

En cuanto a los mecanismos de gestión del Convenio

Marruecos

En Marruecos el Convenio es gestionado mediante una Unidad de Gestión (UG), con sede en Tánger, encargada del seguimiento de las actividades y de la coordinación de los diferentes actores. La UG formada por una coordinadora de Convenio, una responsable financiera y tres personas locales de apoyo. Entendemos que contar con una Unidad de gestión mejora la eficiencia del Convenio al contar con personal experimentado, conocedor de los socios locales⁵⁶ y con una presencia activa / reactiva en la ejecución de las actividades.

Desde el inicio⁵⁷ del Convenio se han desarrollado mecanismos de coordinación institucional, a través de reuniones y talleres con las Direcciones centrales del MS involucradas, las DRS y las Delegaciones provinciales así como los socios locales en la componente comunitaria. Los contactos con los socios locales, tanto presenciales como telefónicos y/o por email, fueron constantes durante los dos años evaluados.

⁵⁶Todas las personas entrevistadas han sido unánimes al expresar su grado de satisfacción por el apoyo de **medicus mundi** y su equipo de coordinación.

⁵⁷Fase conceptual y de planificación,

Hay que señalar que durante el segundo año del periodo evaluado, la coordinadora del Convenio estuvo casi 9 meses de baja por maternidad, asumiendo la administradora la coordinación sobre el terreno con un apoyo reforzado de la sede de **medicus mundi**. Esta ausencia no parece haber influido de forma negativa en el desarrollo de la mayoría de las acciones ya que el resto del equipo, administradora y personal local, asumió el liderazgo con capacidad y profesionalidad, demostrado por el gran número de actividades (formaciones, talleres y otras acciones) que se realizaron. Tampoco se ha apreciado retraso en las tareas administrativas (informes financieros, contabilidad, aprobación de propuestas técnico-financieras para talleres y cursos, etc.).

La UG se encarga de toda la gestión financiera y técnica (logística y de procedimientos), habiendo creado una herramienta de gestión interna (manual de procedimientos para cada proyecto), bien aceptada por todos los socios locales, que les está facilitando la ejecución organizada y correcta de las actividades, su seguimiento y la rendición de cuentas.

Los mecanismos de seguimiento y control de la ejecución del convenio, han permitido la coordinación de todas las actividades, quizás debido a que se comparte la estrategia de intervención con los socios locales desde el inicio.

Significamos que el hecho de que, tanto los organismos nacionales el MS como las Delegaciones Provinciales, llevan muchos años trabajando en diferentes proyectos con **medicumundi**. Esta experiencia compartida ha permitido a una parte del personal local que continua en los mismos puestos, aportar una experiencia muy importante en la ejecución de las actividades. Pensamos que es un valor añadido al Convenio que está permitiendo mejorar la eficiencia de los mecanismos de ejecución.

Encontramos pues, que la modalidad de gestión establecida para el Convenio ha sido acertada ya que a pesar de que esta elección no permite reforzar las capacidades de gestión de los socios en materia de gestión financiera, permite mejorar la eficiencia global del Convenio, ya que al contar con un personal experto y acostumbrado a realizar estas tareas, se gana tiempo en la realización de gestiones comunes a todo el Convenio, por ejemplo la compra de material o se unifican procesos similares en las actividades, como por ejemplo en los procedimientos administrativos para la construcción de CS o la realización de las formaciones.

Mauritania

La experiencia de **medicus mundi** en Mauritania, se inició en el Convenio anterior, mediante la realización de una formación especializada en salud pública en el marco de un Convenio, lo que no se puede comparar de ningún modo con la experiencia de la ONG en Marruecos que data de muchos años y con intervenciones en diferentes proyectos y programas en las mismas áreas de intervención.

El coordinador de **medicus mundi** en Mauritania, con apoyo del equipo de **medicus mundi** en Marruecos y España y la orientación de especialistas en salud, fue el encargado de realizar todas las tareas relacionadas con la puesta en marcha tanto de una oficina local como de las actividades del Convenio, incluyendo su planificación operativa, la

adopción de una modalidad de gestión y de procedimientos del Convenio con los socios locales, así como de desarrollar mecanismos de colaboración institucional.

Aunque por factores externos ya mencionados, la lentitud en la consolidación del equipo local, junio de 2012, es un factor que ha provocado una sobrecarga de trabajo del coordinador local y ha influido en el retraso de las actividades, influenciando negativamente sobre la eficiencia del Convenio.

Las deficiencias de gestión del sistema sanitario y la complejidad de las relaciones institucionales no han ayudado a establecer mecanismos de gestión ágiles que ayudaran a recuperar el retraso de ejecución que sufre el Convenio, y en consecuencia mejorar la eficiencia del mismo.

Quizás, **medicus mundi** sobrevaloró su capacidad para establecerse en el país, contar con un equipo local estable y responder a las debilidades del sistema sanitario mauritano, especialmente a los constantes cambios y la falta de planificación de la DRAS. Todos estos factores han influido negativamente en la eficiencia del Convenio hasta este momento.

Teniendo en cuenta estos problemas, se optó por reforzar al coordinador expatriado con una asistencia técnica puntual durante los meses de octubre a diciembre de 2012, que permitió concretar una programación de actividades para 2013 que, hasta el momento se está cumpliendo normalmente. Desde enero de 2013, el equipo de **medicus mundi** en Mauritania cuenta con dos expatriados, para la gestión de Convenio, además de otras acciones en el país, lo que permitirá probablemente recuperar parte del retraso de ejecución y mejorar la eficiencia al final del convenio.

Conclusión

El presupuesto inicial ha estado repartido de forma coherente entre las partidas presupuestarias y el consumo realizado hasta el momento no está sobrepasando ninguna de ellas, manteniéndose las previsiones presupuestarias a pesar de la baja ejecución de alguna componente.

Teniendo en cuenta el grado de avance del Convenio y las actividades realizadas hasta el momento, encontramos que el presupuesto consumido hasta el momento (47 %) está permitiendo cumplir los resultados previstos de forma eficiente, especialmente en Marruecos (56,5 %), siendo menor en Mauritania (19, 77%).

Se constata que, aunque la mayoría de actividades está en plena ejecución, el número de beneficiarios, directos e indirectos, es elevado. En Marruecos, los beneficiarios de las formaciones, tanto de personal médico, 1803 personas por el momento, como de asociaciones y PRC, están siendo elevados, destacando especialmente las 30 asociaciones formadas y los 31 CS que están trabajando en la componente comunitaria.

En Mauritania, se han sentado las bases para un relanzamiento de las actividades y de los beneficiarios, tanto directos, personal formado, como indirecto, población beneficiaria de la promoción de servicios de SR.

Aunque el cronograma de actividades no se ha mantenido de forma rigurosa, el nivel de ejecución física y financiera es de más del 55% en Marruecos y las previsiones y la dinámica observada apuntan a que se cumplirán al 100% al final del período de ejecución. Tenemos nuestras reservas sobre el grado de ejecución final en Mauritania ya que el cronograma sufre mayor desfase.

Concluimos que en Marruecos, los recursos financieros están permitiendo la adecuada transformación en los resultados previstos y que, por lo tanto, el Convenio, en su conjunto, está desarrollándose de forma eficiente. En Mauritania el nivel de ejecución es muy bajo y la eficiencia baja, no apreciándose que los recursos empleados se estén transformando en resultados. En consecuencia, valoramos el grado de eficiencia como MEDIO (ALTO para Marruecos y BAJO para Mauritania).

3.3. COHERENCIA *(valoración de la articulación de los objetivos de la intervención con los instrumentos propuestos para lograrlos y su adecuación a los problemas; y análisis de la compatibilidad de la intervención con otras estrategias y programas con los que pueda tener sinergias o complementariedad)*

El Convenio se enmarca dentro de una línea estratégica de trabajo nacional e internacional, que promueve el reforzamiento institucional y colaboración con las estrategias locales de SSR tanto en Marruecos como en Mauritania, en coherencia con las prioridades nacionales en materia de salud⁵⁸, fruto de los malos indicadores que presentan los dos países en lo que se refiere a la SSR.

Los tres ejes de intervención se articulan y complementan para la obtención del objetivo específico contribuyendo a la obtención de los OMD. Las actividades diseñadas, son adecuadas para la obtención de los resultados previstos y en consecuencia del objetivo.

La integración de las formaciones del personal sanitario en la programación formativa de los MS de Marruecos y Mauritania, así como la compatibilidad y complementariedad de las acciones con las propias realizadas por las DMS y otros proyectos en la zona de intervención, como el proyecto de salud ejecutado por la escuela andaluza de salud pública en las tres regiones del norte de Marruecos, son pruebas de coherencia del Convenio y de su ejecución o el realizado por World Vision en Mauritania.

Así mismo, a pesar de la dificultad que pueda encontrarse, creemos que el inicio acciones para promover el derecho a la salud es clave para el desarrollo comunitario, especialmente en las zonas rurales, favoreciendo la proximidad de la población a los centros de

⁵⁸PNSR en Mauritania y PNS – incluido el Plan de aceleración de la reducción de las tasas de mortalidad materno infantil- en Marruecos.

salud y promoviendo el concepto de derecho a la salud, tal y como reconocen los organismos internacionales.

Marruecos

Se puede afirmar que existe coherencia entre los objetivos y resultados y las actividades y presupuesto que se ha programado para lograrlos. No se han apreciado desviaciones tras la lectura y análisis de los informes y documentos revisados ni tampoco tras las entrevistas y reuniones mantenidas en la fase de campo.

El apoyo e interés de las DMS en la ejecución de las actividades formativas, definidas y seleccionadas por ellos mismos, indican la coherencia de la temática propuesta, siendo las propias Delegaciones quienes están proponiendo la metodología aplicada y quienes, a través de sus planes de acción, pondrán cambios en el programa formativo.

Las herramientas formativas utilizadas están siendo definidas por los socios locales y los CS a rehabilitar y equipar han sido propuestos por ellos mismos y validados a nivel del nivel central.

Encontramos coherente con los principios de **medicus mundi**, el hecho de promover el refuerzo de las capacidades de asociaciones de defensa de la salud, especialmente de mujeres, que actúen en las zonas de ejecución de las acciones del convenio y el fomento de la creación de canales de diálogo e intercambio de información entre la sociedad civil y las autoridades sanitarias de las zonas de ejecución de las acciones del convenio.

Una mayor complementariedad debe lograrse en este campo, ya que se observa que en el caso de Marruecos, las acciones de refuerzo de capacidades de las asociaciones de mujeres y la promoción de la RMDS no están en sinergia con las actividades de refuerzo de las políticas públicas de participación comunitaria.

El Convenio definió como contraparte local a los respectivos Ministerios de Salud de Marruecos y Mauritania, si bien los interlocutores directos son las DMS o DRAS, que juegan un rol importante en todas las acciones y participan de forma directa en la ejecución de las actividades, siendo en el caso de Marruecos, una de las claves del éxito de la gestión porque aportan más agilidad y eficiencia. No obstante también participan, de forma relevante (validación de planes y programas de formación o participación comunitaria) las direcciones centrales del MS y, en menor medida en el caso de Marruecos, las DRS, ya que en el momento de definir el Convenio su rol en la estructura ministerial no estaba suficientemente definido⁵⁹.

⁵⁹ Actualmente se le está dando mayor protagonismo en ciertas actividades.

Mauritania

La ejecución de las actividades del convenio en todos sus ejes se orienta al apoyo de la extensión del FO, estrategia nacional dentro del PNSR, y en consecuencia se puede afirmar que la intervención es coherente tanto con las políticas públicas como con respecto a la obtención del objetivo específico.

No obstante pensamos que sería más coherente y adaptado a las necesidades del sector salud, además de seguir apoyando la extensión del FO, reforzar las actividades de formación en gestión de servicios de salud y la formación técnica del personal de salud, que es muy deficiente. De este modo pensamos que las actividades planificadas serían más adecuadas a la obtención de los resultados y objetivos previstos.

Al igual que en Marruecos, las herramientas formativas utilizadas han sido validadas por los socios locales y las infraestructuras a rehabilitar y/o equipar, han sido propuestos por ellos mismos y validados a nivel del nivel central.

De igual modo, por el momento, la componente de refuerzo de la sociedad civil o la participación comunitaria, tal y como está formulada en el Convenio, es muy limitada en tanto que no se están desarrollando actividades que fomenten el Derecho a la salud ni el fortalecimiento de las asociaciones locales.

El apoyo a la formación y trabajo de terreno de las animadoras del MASEF en la región de Brakna, ha sido la estrategia escogida debido a la debilidad de las asociaciones locales para desarrollar la participación comunitaria.

Entendemos que ha sido adecuado el cambio y muestra una reactividad apreciable, ya que al menos se promueve que la población rural conozca las posibilidades que le ofrece el sistema público de salud y estará mejor informada respecto a la SR. Podemos llegar a pensar que en la medida que la población está más informada estará en disposición de reivindicar servicios de más calidad y que en consecuencia, el MS deberá mejorarlos.

Una revisión de la formulación, especialmente en lo que se refiere a la participación comunitaria, aportaría más coherencia a la intervención.

Valoramos que el grado de coherencia del Convenio es ALTO (con las reservas señaladas en Mauritania)

3.4. ASPECTOS METODOLÓGICOS *(análisis sobre la formulación de la intervención según el EML, poniendo especial énfasis en la utilidad del sistema de indicadores predefinido, así como sobre la adecuación de las actividades concretas a los objetivos planteados)*

La formulación del Convenio se adapta a la metodología de intervención de la Cooperación Española.

Tomamos como documento para el análisis de la formulación, la MML del Convenio que surge después de las modificaciones presentadas y aceptadas por AECID el 20 de septiembre de 2010. Así mismo como documentos de análisis de las acciones hemos tomado como documento de análisis de la MML de cada una de ellas así como los PAC correspondientes a los años 2011, 2012, habiéndose consultado el PAC correspondiente a 2013.

En todas las acciones, el primer año se dedicó a la realización de la línea de base y la planificación detallada de los Planes de Acción, especialmente de las actividades para la consecución de los resultados previstos.

Teniendo en cuenta la poca experiencia de **medicus mundi** en Mauritania y las debilidades del sistema sanitario así como la escasa autonomía y capacidades de la DRAS, quizás se sobrevaloró la capacidad de reacción para hacer frente a los problemas de planificación y ejecución que pudieran surgir en el normal desarrollo del Convenio⁶⁰ y se formularon unas PACs demasiado ambiciosas.

La repartición geográfica y temática de las acciones es la siguiente:

País	Contrapartes	Nº Acción	Zonas	Contribución a los resultados del ML general
Marruecos	MS (DP)	1	Regiones TAT-TT Oriental y Sous Massa-Draa	1
Marruecos	MS (DO) UAF y RMDS	2	Regiones TAT-TT Oriental y Sous Massa-Draa	2
Marruecos	Delegaciones provinciales del MS	3	Regiones TAT-TT Oriental y Sous Massa-Draa	3
Mauritania	DRAS de Brakna	4	BRAKNA	4
Mauritania	DRAS de Brakna	5	BRAKNA	5
Mauritania	DRAS de Brakna	6	BRAKNA	6
España	M Mundi Andalucía	7	Nacional	7

⁶⁰Problemas agravados por los constantes cambios en el personal de la DRAS y de responsables de las moughata'as.

a.- Estructura de la planificación del ML

El diseño del Convenio contiene una matriz de planificación general que recoge un Objetivo General de Desarrollo y otro Específico y siete resultados a obtener, uno por área y país de intervención, más un resultado transversal a todas ellas y a desarrollar en España.

La planificación del Convenio es similar tanto en Marruecos como en Mauritania, ejecutándose 3 acciones en cada país, que se corresponden con los 6 resultados de la matriz general del Convenio, trabajando en tres áreas: refuerzo de capacidades del personal sanitario, refuerzo de capacidades de la sociedad civil y la mejora de la accesibilidad. Otro resultado es transversal a todo el Convenio y es ejecutado en España.

Se ha decidido seguir una metodología de marco lógico basada en los objetivos. Existen indicadores para los objetivos específicos y los resultados. Para cada resultado existe una acción específica, configurada como proyecto individual, que se formula mediante utilizando un ML elaborado en colaboración con las contrapartes locales.

Entendemos que la intención ha sido la de seguir una lógica de cascada en la planificación de las acciones – proyectos, donde el objetivo específico del Convenio se transforma en el objetivo global de cada acción - proyecto. También, siguiendo esta lógica, los resultados del convenio se transforman en objetivos específicos de las acciones.

Se aprecia que, en general, las actividades planteadas para cada resultado de la matriz general del convenio, coinciden con los resultados (intermedios) previstos en cada una de las acciones.

Las actividades de las acciones podríamos considerarlas como un detalle o sub-actividades de las actividades previstas en el ML general del convenio.

Nos parece un diseño de convenio claro y preciso que favorece la comprensión de la intervención y de los PAC, además de ayudar al seguimiento y planificación del mismo.

La formulación del proyecto permite apreciar que las tareas y responsabilidades de cada uno de los organismos co-ejecutores están bien definidas.

b.- Cronograma de ejecución

El cronograma de ejecución de las acciones está estructurado de forma coherente y parece adecuado para la consecución de los resultados previstos.

c.- Análisis de la Matriz global del convenio

En cuanto a los Objetivos

Objetivo de desarrollo o general es sencillo, general y claro y coherente con todo el desarrollo posterior de la lógica de intervención. El OG, tal y como está establecido: **“Reducir la mortalidad infantil (ODM 04) y la materna (ODM 05) en los países del Magreb, con especial incidencia en Marruecos.”** creemos que es acertado y sitúa el convenio en el contexto general de las zonas en las que intervenir, precisando las zonas de mayor incidencia.

Entendemos que el Objetivo específico ha de definir la naturaleza y alcance de un proyecto, y reflejar el propósito fundamental que se espera conseguir. En el caso que nos ocupa, podemos apreciar que el OE: **“Mejorar la atención sanitaria prestada a las mujeres en edad reproductiva (prenatal, partos, postnatal y planificación familiar) y a los niños en los primeros años de vida de las zonas de actuación previstas”** refleja adecuadamente el objetivo último de la intervención que se está realizando.

Los indicadores del Objetivo propuestos en el documento de formulación son:

- Aumento de la tasa de partos asistidos por personal cualificado y en medio controlado.
- Ampliación de la cobertura prenatal.
- Incremento de la tasa de lactancia materna.
- Incremento en el número de visitas y seguimiento de los niños menores de 5 años.

Creemos importante señalar que los indicadores seleccionados son pertinentes para demostrar la mejora de la atención sanitaria que reciben tanto las mujeres como los niños, si bien existen factores externos a la intervención en relación a su alcance, ya que no se interviene directamente sobre ellos o se hace de manera indirecta, caso de la lactancia materna o de las consultas a niños.

Los indicadores del objetivo, aun contando con una línea de base que permite conocer los valores iniciales⁶¹, no están cuantificados. Entendemos⁶¹ que debido a la debilidad del sistema de información sanitaria de Mauritania, la LB se limita a señalar los valores de partida, pero no cuantifica el grado de mejora de los indicadores propuestos, lo que dificulta enormemente la evaluación del Convenio y apreciar los efectos que las actividades puedan tener sobre la población.

Debido a la debilidad del sistema de información, especialmente en Mauritania, es difícil obtener datos fiables y relativos a la zona precisa de intervención, ya que mayoritariamente están disponibles a escala nacional o regional. Ello dificulta evaluar el impacto o los efectos de la intervención, tanto en este momento como en la evaluación final.

⁶¹ Señalados como Indicadores de Logro

Este dato podría ser suministrado por las Delegaciones de Salud o la DRAS, si bien, en las visitas de terreno realizadas se ha comprobado la escasa información disponible así como la escasa fiabilidad de la misma.

Si bien apreciamos que todos ellos están relacionados con el Objetivo Específico, pensamos que los indicadores además de cuantificarse, deberían estar desagregados por ámbito geográfico.

En cuanto a los Resultados

Observamos que los resultados previstos en la MML del convenio, son coherentes y contribuyen a alcanzar el objetivo específico del Convenio en el conjunto del territorio de intervención.

La formulación de los mismos es adecuada aunque deberían ser formulados en pasado para mostrar una situación alcanzada, según es costumbre en la metodología del ML.

Algunos de los indicadores de Resultado, señalados en la LB como de desempeño, son ambiguos y carentes de cuantificación.

A modo de ejemplo, podemos señalar:

I2 R1.- "Se produce una mejora en los indicadores relacionados con las capacitaciones impartidas (CPN, SONU, registro, etc.)"

I2 R3.- Habrá aumento de la frecuentación de las infraestructuras.

Los dos indicadores son pertinentes, pero resultan ambiguos en su enunciado, no están cuantificados, ni en porcentajes ni en números absolutos y la LB no aporta valores de inicio por lo que resulta difícil su evaluación y la valoración de su contribución a la obtención del resultado y objetivo.

En otros casos los indicadores aparecen definidos como actividades y no muestran el grado de obtención del resultado o de la calidad del mismo y de su contribución al Objetivo específico.

Por ejemplo, los indicadores que muestran el personal formado, médico o asociativo, o los cursos realizados no permiten saber si los conocimientos adquiridos son aplicados posteriormente en los centros, en cuyo caso no podemos conocer la contribución de la formación a la mejora en la prestación de servicios y por extensión a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad.

Sin embargo, tanto la LB como en el seguimiento de las actividades del Convenio, sí que se incluyen indicadores que consideramos más adecuados para la evaluación y para el seguimiento del Convenio, citamos como ejemplo:

- *Tasa de cobertura de la formación AIEPI en las ESSB*
- *Tasa de CPN (primer trimestre) en los ESSB*
- *Tasa de CPPN/ CPON en los ESSB*
- *Tasa de consultas curativas en niños menores de 5 años*
- *Número de asociaciones que han mejorado sus competencias para incidir y participar en políticas locales de salud.*
- *Número de Centros de Salud implicados en la estrategia pública de participación comunitaria*
- *Tasa de cobertura PC en los ESSB*

Los informes de seguimiento no recogen estos indicadores, lo que no ayuda a la comprensión y análisis del Convenio.

Creemos que la debilidad del sistema de información del MS y la sobrecarga de trabajo de las DMS (que no envían los datos solicitados) es la causa principal de la falta de datos. Es conveniente inculcar a los socios locales, una cultura de trabajo basada en la Gestión por Resultados⁶².

En Mauritania, en algunos casos, como en la Acción 4, se sigue manteniendo en las PAC's la formulación original sin informar o adecuar la PAC 3 a la estrategia de trabajo que se está ejecutando. Sería conveniente, precisar las actividades incluidas en las PACs que ayuden a visualizar que la estrategia de capacitación está en gran parte dirigida a mejorar las capacidades del personal en lo que se refiere al FO, tanto en la componente de gestión / información como sanitaria.

En el caso de la Acción 5, el Resultado 2 (*En el periodo de ejecución del Convenio se habrá reforzar las capacidades de la sociedad civil para la participación en salud y su defensa como derecho humano mediante la capacitación de actores y su apoyo directo*) se contemplan los indicadores siguientes:

- *Realizados algunos eventos formativos para al menos 20 agentes de salud comunitarios.*
- *Realización periódica de campañas y movilizaciones de sensibilización a nivel comunitario.*
- *Capacitación en prevención y detección de riesgos maternos de 75 parteras comunitarias en las zonas que tienen baja cobertura de puestos de salud.*

Como ya se ha comentado, consideramos apropiada la estrategia seguida por medicus mundi para desarrollar la participación comunitaria⁶³. Sin embargo, creemos que la misma, no está suficientemente explicado ni en los informes de seguimiento ni en la formulación de las PACs.

⁶²Adoptada por el MS de Marruecos en sus procedimientos pero poco desarrollada en la práctica.

⁶³ Basada, entre otros aspectos, en la formación de las animadoras del MASEF y la promoción de su rol como PRCs,

Los indicadores propuestos dificultan la medición del resultado tal y como está formulado, por ello pensamos que es necesario un reajuste de los mismos, reflejando tanto el colectivo al que se dirigen las acciones como su orientación hacia la promoción del FO obstétrico.

Las fuentes de verificación previstas son adecuadas, permiten la comprobación de los indicadores, aunque no siempre son accesibles debido a la debilidad manifiesta del sistema de información, especialmente en el caso de Mauritania.

Los factores de riesgo y las hipótesis fueron bien identificados en Marruecos, ya que no se ha producido cambios en el Convenio, no apreciándose que hayan evolucionado de forma que afecten a la consecución de los resultados u objetivos previstos. En Mauritania el panorama es diferente y no parecen responder a la realidad observada los riesgos e hipótesis que se contemplan en el documento de formulación.

CONCLUSIONES

En Marruecos, el Convenio plantea unas actividades adecuadas a la consecución de los resultados y con un cronograma de intervención apropiado y coherente con las necesidades del mismo, aunque se está ejecutando con cierto retraso en el componente de infraestructuras y equipos.

En Mauritania la estrategia ha focalizado las actividades en torno al FO⁶⁴, estrategia, que como señalaremos en otro apartado nos parece pertinente y en relación con el objetivo específico del Convenio.

Tal y como están formuladas las PACs, es difícil visualizar externamente la relación entre las actividades realizadas (formaciones y participación comunitaria) y los Resultados previstos.

En nuestra opinión, ni la ML del Convenio, ni los PACs, recogen de forma suficientemente clara la estrategia de trabajo que se sigue en Mauritania y no permiten visualizar de manera clara la relación entre las actividades que se están realizando y los Resultados previstos. Una referencia al refuerzo y consolidación del FO como instrumento de mejora de la SR⁶⁵, y una mayor precisión en las actividades planificadas, sería necesario incluir en las futuras formulaciones para comprender mejor la estrategia seguida.

El desarrollo de las actividades está mostrando como el Convenio está alcanzando la población y el sector a la que pretendía llegar, más notorio en Marruecos y menos en Mauritania.

Algunos indicadores de resultados que aparecen en la MML deberán ser objeto de análisis más profundo y tal vez revisado, especialmente en Mauritania, donde incluso podrían

⁶⁴Ver nota 3

⁶⁵En tanto que eje vertebrador del Convenio,

ser reemplazados por otros más adaptados a la realidad del sector y al deficiente sistema de información.

En el período evaluado (dos primeros años del Convenio⁶⁶) ya se han observado una importante progresión para la consecución de indicadores cuantitativos en los resultados ligados a las formaciones de recursos humanos y participación comunitaria en Marruecos. Los indicadores cualitativos referidos al estado de salud materno-infantil no han variado de forma significativa en el periodo y sólo se podrán valorar al final del Convenio.

En Mauritania no se aprecian, por razones antes comentadas, un avance significativo en los indicadores previstos, pero se aprecia un relanzamiento de las actividades en 2013 que permitirá mejorar algunos de los indicadores propuestos.⁶⁷

Valoración de los aspectos metodológicos: **MEDIO ALTO**, si bien es necesario trabajar en la precisión de los indicadores y valorar una reformulación en Mauritania.

3.5. VIABILIDAD (*valoración de la continuidad en el tiempo de los efectos positivos generados con la intervención una vez retirada la ayuda*)

La propia naturaleza de las actividades del Convenio suponen un refuerzo de las capacidades de los socios locales, especialmente de los MS, lo que contribuye a garantizar la viabilidad del Convenio.

La inserción de los objetivos y resultados del Convenio en las prioridades del MS de ambos países, así como del resto de socios locales, y el alto grado de participación que se está constatando, tanto por el personal de salud como de los miembros de las organizaciones civiles y de las comunidades rurales, apuntan hacia la viabilidad de los beneficios del Convenio.

Los equipos a adquirir y las infraestructuras a construir o rehabilitar pasarán a formar parte del inventario del Ministerio de salud y por tanto estarán sujetos a su gestión, uso y mantenimiento.

Marruecos

El Ministerio de Salud de Marruecos ya tiene establecido un programa de formación que incluye la mayor parte de los temas abordados en las formaciones del Convenio por lo que esta acción seguirá ejecutándose y rindiendo resultados.

El fortalecimiento y refuerzo de capacidades de las asociaciones de la sociedad civil, a través de los mecanismos de gestión y organización aportados por **medicus mundi** sobre el terreno, son valores a largo plazo, que podrán ayudarles a un mejor funcionamiento y

⁶⁶Si bien se ha analizado el desarrollo de la PAC 3 hasta mayo de 2013.

⁶⁷Si bien, creemos necesario una revisión tanto del ML como de los indicadores propuestos.

a fortalecer su presencia ante las instituciones y antes las comunidades, más allá de la duración del Convenio.

El fortalecimiento de las asociaciones de la sociedad civil, especialmente de las mujeres, es un valor adquirido, que solamente dependerá de ellas seguir manteniéndolo y mejorándolo. Tienen las herramientas para ello y la futura estrategia comunitaria del MS, será un apoyo para la durabilidad de su intervención.

Si se consigue durante la vida del Convenio, institucionalizar y reglamentar a nivel del MS, la estrategia nacional de participación comunitaria se habrá asegurado su viabilidad y pensamos que sería el mayor logro del Convenio por la contribución que el mismo está teniendo a su consolidación.

En Mauritania, la falta de capacidades y recursos del MS y de la DRAS limita la viabilidad de la intervención, ya que el sector salud en Mauritania, sigue necesitando de un apoyo externo importante y de la adopción de planes integrales de mayor alcance que la que puede ofrecer este instrumento de financiación.

Se puede valorar el grado de viabilidad como MEDIO (ALTO para Marruecos y BAJO para Mauritania).

3.6. IMPACTO *(identificación de los efectos generados y atribuibles a la intervención, positivos o negativos, esperados o no, directos e indirectos, colaterales e inducidos)*

El estar realizando la evaluación intermedia del Convenio es un condicionante para analizar la tendencia del impacto de las acciones con una mínima consistencia. Entendemos que esta valoración será muy subjetiva.

La observación directa, las entrevistas con los informantes clave y beneficiarios, el análisis de las fuentes de verificación y el grado de ejecución del convenio, no nos permite disponer de elementos para analizar si el convenio por el momento está contribuyendo a reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

Se constata que la intervención de **medicus mundi** a través del Convenio ha generado una gran dinámica en las regiones, tanto en Marruecos como en Mauritania, especialmente en lo que se refiere a la formación de recursos humanos en salud materno-infantil, lo que complementa otras acciones que dependen directamente de los respectivos MS.

En algunas provincias, **medicus mundi** es el único socio que tienen las delegaciones de salud, por lo que su apoyo se convierte en fundamental para el desarrollo de las mismas.

Pensamos que el mayor efecto del Convenio vendrá a través de la promoción y consolidación de la participación comunitaria en salud en Marruecos.

En Mauritania, el apoyo en formaciones y equipamiento al personal del MASEF que trabaja en acciones IEC con las comunidades, tendrá un impacto positivo que deberá ser evaluado a lo largo de la intervención.

a.- Marruecos

Entendemos que el alcance de la problemática de la salud materno infantil, que presenta tasas elevadas⁶⁸, está provocando la adopción de políticas específicas en Marruecos, a las que el convenio contribuye a reforzar.

Por el momento, se pueden apreciar algunos impactos que contribuyen a la reducción de las tasas de mortalidad materna infantil⁶⁹. Entre otros podemos citar:

- Un ligero incremento de la asistencia de usuarios a los centros de salud empieza a constatarse, debido entre otras razones, a que disponen de infraestructuras adecuadas, si bien perduran los problemas relacionados con la débil disponibilidad de recursos humanos.
- Una mejora en la formación del personal sanitario que permite mejorar la calidad de la atención médica y la prevención de las enfermedades materno infantiles. El hecho de estar formando a más de 2.000 profesionales contribuye en gran medida a implantar un servicio de calidad.
- Una integración en los hábitos del personal médico encargado de aplicar los protocolos de AIEPI, especialmente en la componente clínica, si bien la falta de recursos humanos limita el seguimiento administrativo, tal y como se contempla en los protocolos.
- Una mejoría de la calidad de los servicios médicos en zonas rurales aisladas debido a la formación impartida a personal sanitario, enfermeros, de CS no medicalizados.
- Se empieza a observar un impacto en aquellas zonas, especialmente las rurales, donde se acometen programas integrales que comprenden: mejoras en las infraestructuras, formación especializada del personal y sobre todo desarrollo de la participación comunitaria. En caso de Taza, en las comunas en las que se trabaja la componente comunitaria, la DMS manifiesta que se han reducido a 0 los casos de fallecimiento a nivel del CS. Los casos de urgencia y riesgo son declarados por el promotor/a de salud a tiempo y la comunicación con el personal sanitario del CS y la DMS es fluida lo que facilita la transferencia al hospital.

⁶⁸Ver informes provinciales y regionales del Taller de elaboración de los Planes de acción 2102 -2015, para la aceleración de la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil.

⁶⁹No se disponen de indicadores cuantificados que permitan medir los impactos. De las 21 DMS a las que el equipo evaluador envió una encuesta, solo una respondió. **Medicus mundi** tampoco dispone de datos de seguimiento actualizados y fiables. Las apreciaciones se basan en la observación directa y el las opiniones del personal sanitario entrevistado.

No se han detectado impactos negativos, previstos o no, en la población como consecuencia de la ejecución de las acciones realizadas.

Principales efectos

Tal y como se ha comentado anteriormente es demasiado pronto para realizar un análisis en profundidad de los efectos producidos por el Convenio hasta el momento. Sin embargo podemos señalar algunas tendencias que hemos ido constatando:

a.- Efectos positivos

- Incremento de las oportunidades de la población para acceder a servicios sanitarios más organizados y con más calidad. De las entrevistas realizadas en la fase de campo se desprende que la gran mayoría del personal formado utiliza las herramientas y los conocimientos adquiridos en su trabajo diario.
- Formación y capacitación del personal sanitario del MINSA. Las personas formadas expresan que se sienten más capaces para enfrentar su trabajo diario gracias a estas formaciones
- Una alta implicación y motivación de las familias beneficiarias de los servicios de salud, que intuyen y entienden los beneficios y potenciales resultados de la participación comunitaria.
- Se ha iniciado el desarrollo del concepto de Derecho a la Salud por parte de organizaciones civiles que no eran conscientes de la importancia de integrar la componente salud en sus estrategias. Este hecho se pone de manifiesto sobre todo en las organizaciones que trabajan con mujeres y en las de Derechos Humanos.
- Las asociaciones, en Marruecos, han valorado como muy positivo el apoyo del Convenio para mejorar su gestión y administración interna, fortaleciendo al mismo tiempo su presencia ante la población como defensores del derecho a la salud.
- Existe una apreciable sinergia con las políticas públicas en materia de salud y un alineamiento con prioridades de los organismos internacionales que operan en el sector, especialmente con el grupo de donantes de la UE.

Mauritania

La baja ejecución del Convenio no permite realizar ni siquiera un mínimo análisis consistente.

La evaluación del FO⁷⁰, principal instrumento de lucha contra las altas tasas de mortalidad materna e infantil, no evaluado en los casi 10 años en que se está implementando en el país, nos permitirá conocer el impacto real del Convenio que ha centrado su estrategia en el apoyo a la extensión de este instrumento.

Se aprecia que el apoyo prestado hasta el momento al sistema de información regional está permitiendo contar con mejores datos e indicadores de salud. Sin embargo, a pesar de que la descentralización del SNIS a nivel de moughata'a forma parte de la estrategia nacional del MS, tenemos la duda de si será un impacto durable, ya que el sistema de información tiene un carácter nacional y las actuaciones a nivel regional son difícilmente sostenibles por la escasa capacidad y autonomía financiera de la DRAS.

El inicio en 2013 de la formación especializada en SONU a las comadronas auxiliares, colectivo con capacidades limitadas, es un efecto muy positivo que tendrá una repercusión inmediata sobre las mujeres beneficiarias de los servicios de salud.

Un efecto negativo se produce en Mauritania⁷¹ debido a los conflictos creados entre el personal sanitario, tanto de los hospitales como de los CS, que no participa en el FO y aquellos que sí participan, debido a los beneficios económicos (primas) que se pagan a estos últimos.

3.7. COBERTURA *(análisis de los colectivos beneficiarios y en la valoración de la adecuación a los destinatarios de acciones y/ actividades, indagando en los factores causales de los posibles sesgos hacia determinados colectivos o en las barreras de acceso)*

El convenio tiene como población beneficiaria directa, los diversos agentes responsables de prestaciones sanitarias, tanto instituciones como profesionales médicos así como las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el sector de la salud. Indirectamente se beneficiarán todas las mujeres en edad de procrear y los niños menores de 5 años.

En este periodo evaluado, se observa cómo se están estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar que los beneficiarios de la intervención tengan acceso a las actividades programadas, especialmente las de formación.

En Marruecos, la ejecución de actividades en las 21 provincias seleccionadas y los 1.800 profesionales de salud que han participado en las formaciones realizadas hasta la fecha, así como las más de 35 asociaciones de la sociedad civil, especialmente de mujeres, que

⁷⁰ Lanzada este año por la AFD creadora y principal soporte de esta estrategia en Mauritania.

⁷¹ Según informaciones proporcionadas por los representantes de UNICEF y FNUAP en las entrevistas mantenidas durante la visita de terreno.

están colaborando y asistiendo a las capacitaciones del Convenio está ya acercándose a las metas marcadas en cuanto a cobertura se refiere.

En relación al componente de participación comunitaria y sociedad civil, las actividades realizadas hasta la fecha muestran un elevado grado de participación de asociaciones de la sociedad civil, especialmente de mujeres, habiéndose logrado ya el cumplimiento del indicador previsto.

En Mauritania se está trabajando con la DRAS y las 5 Moughata'as de la región, donde ya se ha formado a 47 personas que trabajan en salud y a 25 facilitadoras del MASEF. Por lo leído y analizado en los informes de Mauritania, y después de la visita realizada, se puede apreciar una clara progresión en el ritmo de las actividades y es posible que se logre la cobertura programada.

Todas las acciones diseñadas están dirigidas a mejorar el acceso a la salud materno infantil y la calidad del servicio recibido por parte de la población de las zonas de intervención o bien, a través de organizaciones de la sociedad civil a promover el derecho a la salud y acercar a la población al sistema sanitario público. Entendemos que la identificación de los beneficiarios tanto directos como indirectos ha sido la adecuada y no promueve una diferenciación entre la población que influya en acceso diferenciado entre la población beneficiaria indirecta.

El desarrollo de las actividades está mostrando como el convenio está alcanzando la población y el sector a la que pretendía llegar.

El Convenio está respondiendo a las expectativas y necesidades del colectivo beneficiario⁷² y no está generando barreras que impidan el acceso a los servicios a determinados colectivos ni está provocando sesgos en la población.

Sin embargo, es preciso señalar que en Mauritania el hecho de apoyar el FO como eje estratégico del convenio y al ser este una modalidad de prestación de servicios a la cual hay que adherirse mediante el pago de una módica suma⁷³, en torno a 15 euros, puede limitar el acceso a los servicios de salud de los colectivos más pobres.

Se puede valorar el grado de cobertura en este componente de ALTO en Marruecos y MEDIO en Mauritania.

3.8 Participación *(determinación de los agentes que han sido implicados en las diferentes etapas de la planificación y la evaluación, valorando su incidencia en la toma de decisiones)*

Como lo hemos mencionado anteriormente, aunque los beneficiarios no han participado directamente en el proceso de identificación, la experiencia de trabajo y el conocimiento de las contrapartes han garantizado una correcta identificación de las necesidades, espe-

⁷²Entendiendo como tal, a la población en general de las zonas de intervención.

⁷³A modo de mutua.

cialmente las formativas tanto del personal sanitario como de las asociaciones, correspondiendo a necesidades expresadas por los beneficiarios directos.

Se aprecia en la documentación existente la participación activa de los socios locales y de los beneficiarios en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades programadas. De la lectura de informes y documentos relacionados con las formaciones y de las reuniones y entrevistas realizadas en Marruecos, se desprende que hay un alto grado de participación e interés por parte del personal de salud de las Direcciones centrales, regionales y de las delegaciones provinciales, así como del personal voluntario de las asociaciones de la sociedad civil que han sido identificadas y seleccionadas como beneficiarias. Destacando el alto grado de participación de las mujeres, tanto como personal sanitario como voluntarias de las asociaciones locales.

Los programas de formación así como la selección de los CS a rehabilitar y equipar han sido propuestos por los socios locales, quienes elaboran además los presupuestos y aplican los procedimientos de cada país para las contrataciones.

En Marruecos, la participación de las DRS y del nivel central del MS es inferior a la deseada por ellos, sin embargo hay que considerar que el Convenio se planteó desde el inicio el trabajo directo con las delegaciones provinciales.

En Mauritania, con una realidad diferente, el grado de participación es también importante pues, aunque menos estructurado el sector salud y con graves problemas de gestión de los servicios de salud, los responsables de la DRAS y de las moughata'as han intervenido, en mayor o menor medida, en la definición de las actividades y selección de los beneficiarios, promoviendo la participación del personal sanitaria en las actividades del proyecto.

Podemos valorar el grado de participación como ALTO

3.9. Otros (pertinencia, alineamiento, apropiación)

3.9.1 Pertinencia *(valorar la adecuación de los resultados y los objetivos de la intervención al contexto en el que se realiza y estudio de la calidad del diagnóstico que sustenta la intervención, juzgando su correspondencia con las necesidades observadas en la población beneficiaria)*

Tal y como se señala en el documento de formulación, la región del Maghreb sufre unas elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, situación que es especialmente preocupante en Marruecos y Mauritania.

Las causas son detalladas en numerosos informes de organismos internacionales que intervienen en el sector y en los propios Planes nacionales de salud de los dos países, apreciándose grandes deficiencias en la atención sanitaria de la población⁷⁴, especialmente la rural, causadas, entre otras razones por la escasez y mal estado de infraestruc-

⁷⁴ Notablemente más agudizadas en Mauritania.

turas sanitarias, la escasez de personal sanitario así como la incompleta y deficiente formación del personal sanitario, en algunos casos incluso la formación básica.

La baja inversión nacional en salud no contribuye a paliar el problema, no apreciándose aumentos de presupuesto que permitan paliar el problema. Según los datos del PNUD⁷⁵ y Banco Mundial, en 2011, en Marruecos, el gasto público en salud era del 6 % del PIB, lo que supone unos 98 \$ *per cápita*. En Mauritania es del 5,4 % del PIB, 31 \$ *per cápita*.

El Convenio tiene como objetivo incidir positivamente en los indicadores de salud reproductiva e infantil en zonas determinadas de Marruecos y Mauritania, mediante la mejora y extensión de la atención sanitaria pública prestada a las mujeres en edad reproductiva y a los niños en los primeros años de vida.

Los ejes de trabajo propuestos (formación, participación, infraestructuras) se corresponden con las recomendaciones de los organismos internacionales en los programas de reducción de la mortalidad materna o de maternidad sin riesgo. En las circunstancias actuales, las líneas de trabajo elegidas parecen las más adecuadas y sostenibles para mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva en ambos países.

La opción de **medicus mundi** es reforzar el sistema público de salud en este campo, partiendo de formación continuada y especializada e incluyendo la participación social y la mejora de las infraestructuras y equipamiento. La intervención se corresponde con la estrategia de **medicus mundi** de incluir sus actividades en las políticas públicas del país.

Esta opción, que pretende incidir en el cuarto y quinto Objetivos del Milenio, está además identificada como prioritaria por **medicus mundi**, por el principal cofinanciador (AECID) y por los propios socios locales.

Existe una correcta transformación de los problemas identificados en resultados y objetivos del convenio, tal y como se muestra en el documento de formulación y se aprecia en el desarrollo de las actividades. Entendemos que la estrategia en su conjunto y su declinación en actividades son adecuadas al contexto de los dos países y a los programas nacionales de lucha contra la mortalidad materno infantil.

El convenio se corresponde con las prioridades de los beneficiarios en tanto que promueve el acceso a la salud en mejores condiciones y promueve el concepto de derecho a la salud de la población, aspecto que debe ser garantizado por los poderes públicos y por los propios servicios públicos de salud, que son los que pueden ofrecer de una forma sostenible el acceso a este derecho al conjunto de la población, y en especial a la más desfavorecida que carece de medios para buscar alternativas.

El árbol de problemas realizado en la fase de identificación del Convenio, reflejado en el documento de formulación, corresponde a un análisis / diagnóstico similar a ambos países y da paso a un árbol de objetivos y formulación del ML similar en ambos países.

⁷⁵<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

En el caso de Mauritania, creemos que no se ha tenido suficientemente en cuenta los problemas existentes derivados de la débil capacidad de gestión y de la mala, cuando no inexistente, planificación. A pesar de que existen otros programas de apoyo al sector salud en el país que apoyan el refuerzo de las capacidades de gestión del MS y de las DRAS, la ejecución del convenio en el periodo evaluado muestra que hubiera sido pertinente complementar en la estrategia de intervención un apoyo a la formación de los responsables del MS que permitiera mejorar la eficiencia de la gestión, aunque sea de los escasos recursos disponibles y apoyar la planificación de las acciones de la DRAS en el terreno.

Después de haber analizado la documentación del Convenio, consultados otra documentación relacionada con el sector salud y tras haber mantenido reuniones y entrevistas con todos los actores locales, OTC's y **medicus mundi**; el equipo evaluador ha llegado a la conclusión de que la intervención planteada en el Convenio 10-CO1-097 así como la estrategia de dicha intervención tienen un grado de pertinencia muy alta en ambos países. A modo de resumen, indicamos los principales elementos que sustentan nuestra valoración:

1. Se alinea con el Plan Director de la Cooperación española 2009 – 2012
2. Se alinea con el Plan de acción del MS marroquí 2008 – 2012 y la estrategia nacional de salud materno infantil mauritana (PNDS y PNSR)
3. Interviene sobre la salud materno-infantil, prioridad de intervención para ambos Ministerios de salud, para la Cooperación española en Marruecos y en Mauritania y para MMA
4. Realiza intervenciones de formación de profesionales de salud, orientadas a aumentar las capacidades humanas y el desarrollo humano (uno de los enfoques y principios de la política para el desarrollo del Plan director de la cooperación española)
5. En Marruecos, apoya el desarrollo organizativo de la sociedad civil, especialmente de las mujeres, respondiendo así a los enfoques y principios de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres contemplado en el Plan director y en las nuevas políticas de ambos países
6. Plantea una estrategia de intervención participativa, donde las contrapartes locales (asociación de mujeres en Marruecos) participan en la gestión del Convenio
7. Apoya políticas públicas de salud y colabora, coordina y ejecuta sus actividades con el Ministerio de salud de ambos países (niveles central, regional y provincial)
8. Interviene en regiones y provincias especialmente desfavorecidas y que han sido seleccionadas por el Ministerio de salud de ambos países
9. Apoya la estrategia AIEPI de la OMS, que está siendo ejecutada por el MS en Marruecos.
10. Apoya el programa nacional de aceleración de la reducción de la mortalidad materno-infantil en Marruecos, utilizando sus herramientas de formación y participación comunitaria
11. Apoya el programa de salud rural en Marruecos, utilizando sus herramientas para la formación y la participación comunitaria
12. Apoya la extensión del forfait obstétrico en Mauritania, estrategia nacional de lucha contra la mortalidad materna y neonatal

13. Al colaborar directamente con las Direcciones regionales y delegaciones provinciales del MS apoya la regionalización del sector salud que está poniendo en marcha el MS en Marruecos
14. Apoya a ONG's locales en su lucha por el derecho a la salud (enfoque basado en derechos del Plan director de la cooperación española) en Marruecos
15. Complementa en equipamiento médico técnico a los centros de salud seleccionados, respondiendo así a una necesidad existente en la mayoría de los centros de salud de ambos países
16. Interviene en la rehabilitación de algunos centros de salud donde se ha detectado deterioro importante de la estructura, lo que repercute en la calidad y en la accesibilidad a los servicios de salud.

El grado de valoración de la pertinencia es MUY ALTO

3.9.2 Alineamiento (*análisis del compromiso de los donantes para prestar su ayuda teniendo en cuenta y participando en las estrategias de desarrollo, los sistemas de gestión y los procedimientos establecidos en los países receptores*)

El Convenio se alinea con políticas públicas, programas prioritarios para el Ministerio de salud de Marruecos y de Mauritania, aplicándose los procedimientos del país para la realización de actividades de formación y la contratación de servicios, bienes y obras.

Las Delegaciones y distritos de los Ministerios de Salud, la UAF (Marruecos) están gestionando las actividades del Proyecto tras haberlas incluido en sus planes de acción.

No se han introducido herramientas ni procedimientos externos y se ha respetado al máximo la idiosincrasia, la cultura y los procedimientos de cada país.

Medicus mundi se ha adaptado y ha integrado los procedimientos propios de cada país.

El grado de valoración del alineamiento es ALTO.

Apropiación (*Valoración del liderazgo efectivo que las instituciones de los países socios ejercen sobre sus políticas y estrategias de desarrollo, lo que implica la coordinación de las actuaciones de los donantes*)

En Marruecos, donde la presencia y experiencia de **medicus mundi** se ha desarrollado durante años, se está aplicando una metodología participativa, con desconcentración de la gestión de la mayor parte de las actividades, que recaen en las delegaciones de salud (provinciales en el caso de Marruecos y regional en Mauritania) y en la UAF, RMDS o MA-SEF, a través de convenios específicos, lo que es un factor de apropiación y participación evidente, también de fortalecimiento institucional.

Medicus mundi dinamiza procesos y son las autoridades de salud por un lado y las asociaciones de la sociedad civil por otro quienes definen las acciones, las ejecutan y las supervisan. **Medicus mundi** complementa, a través de su financiación, seguimiento y eva-

luación, acciones y actividades previstas en los programas y estrategias nacionales, lo que facilita y posibilita su ejecución.

En cuanto al Ministerio de Salud, de forma particular, en ambos países la apropiación es evidente desde el momento en que las formaciones impartidas son las seleccionadas por el propio Ministerio, utilizando su personal docente y sus propias herramientas, en el caso de Marruecos en el marco de un plan de formación elaborado por las propias Delegaciones provinciales del MS validado en el nivel central. Lo mismo ocurre con la selección de unidades de salud a rehabilitar y equipar, es el propio MS quien les ha definido.

No obstante, en Marruecos, a nivel de las DRS se ha encontrado cierto desapego hacia algunas actividades del Convenio ya que son planificadas y ejecutadas directamente por las DMS. Las DRS se sienten un poco olvidadas y desearían mayor participación para una apropiación correcta.

En Mauritania se puede hablar más de la apropiación por parte del Convenio de la estrategia nacional del Forfait obstétrico que de una apropiación de las acciones formuladas en el Convenio por parte de los actores locales. Esta situación responde a una adaptación pragmática a la realidad del contexto y de las capacidades instaladas de **medicus mundi** en el país.

El grado de apropiación es valorado como ALTO.

ENFOQUE DE GÉNERO

Creemos necesario en el marco de esta evaluación, clarificar lo que entendemos cuando hablamos de perspectiva de género o de integrar la perspectiva de género en un proyecto. Integrar la perspectiva de género en Cooperación al Desarrollo, es permitir cubrir de forma inmediata algunas necesidades básicas de las mujeres (educación, salud, acceso a la economía, etc.) además de buscar políticas de cambio para superar una relación de subordinación o una discriminación detectada.

Así, consideramos que el objetivo último de integrar la perspectiva de género en los programas de desarrollo es empoderar a las mujeres, para afrontar su desigual situación frente a la pobreza y que ellas mismas participen y logren alcanzar un desarrollo igualitario entre hombres y mujeres.

El Convenio, en general, no es una intervención estratégica ligada a cambios en las políticas, roles, comportamientos o actitudes de desigualdad en las relaciones hombre mujer en el sector salud.

Sin embargo, en tanto que el Convenio promueve la mejora de la prestación de servicios básicos a las mujeres en tanto que beneficiarias del sistema sanitario en materia de SSR, contiene en sí mismo un enfoque de género implícito mediante el cual pretende cubrir necesidades prácticas / básicas de las mujeres, que es el colectivo titular de derechos, junto con los niños menores de 5 años, señalado en la formulación. Como tal está explíci-

tado en la formulación del Convenio, si bien el análisis de las relaciones de género es insuficiente.

Indudablemente, mejorar el acceso a la salud de mujer y de sus hijos, que este sea prestado con más calidad y eficacia, y que dispongan de más información sobre su salud, está contribuyendo a la mejora de la autoestima de las mujeres y en consecuencia promover su empoderamiento social.

Durante el diseño de la evaluación, se intentó conocer como el Convenio enfocó las diferencias y desigualdades de poder entre las mujeres y los hombres en el momento de su formulación, con objeto de poder hacer un análisis de género del mismo.

Para ello nos planteamos varias preguntas básicas:

- ¿Qué análisis hizo el Convenio sobre las relaciones de género que se daban en el contexto específico donde iba a operar?

- ¿A quién se ha dirigido el Convenio -sólo a mujeres, sólo a hombres, a ambos- y por qué?

- ¿Qué efectos positivos esperaba el Convenio para las propias mujeres, consideradas estas en el contexto de sus familias y de sus comunidades?

- ¿Cómo se iban a lograr esos efectos esperados? ¿Se identificaron algunos posibles obstáculos al logro de tales efectos? ¿Cómo se pensó que se podrían evitar tales obstáculos?

- ¿Qué efectos positivos y negativos se pensó que traería el Convenio a otros miembros de la familia o de la comunidad? ¿Cómo se relacionaron esos efectos con la forma en que funcionan las relaciones de género en los hogares o en la comunidad?

- ¿Previó el Convenio efectos negativos sobre las relaciones de género de la población destinataria?

- ¿Qué indicadores fueron identificados para medir los impactos del Convenio?

¿Cómo se articulan estos indicadores con las relaciones de género?

- ¿Cómo daría seguimiento el Convenio a los efectos producidos en las mujeres y las relaciones de género?

- ¿Qué pasos daría el Convenio para que las organizaciones que lo gestionan y/o ejecutan tuvieran una política de género institucional?

En tanto que el convenio no había contemplado en su formulación y diseño estos aspectos fundamentales para realizar una evaluación del enfoque de género, entendemos que

la formulación no contiene específicamente un enfoque de género, ni existen indicadores que permitan evaluar adecuadamente este aspecto⁷⁶.

Sin embargo, algunos efectos, en relación al género son observables:

En cuanto a las formaciones

En los informes sobre las formaciones al personal sanitario impartidas en el Convenio, se solicita siempre por parte de **medicus mundi** que se disocie la participación, del tipo o categoría que sea, entre hombres y mujeres, aprovechando tal circunstancia para concienciar a los responsables de salud y a la comunidad en general, de la importancia que tiene la integración de la mujer y su participación en igualdad de condiciones en todas las actividades.

Tanto en Marruecos como en Mauritania, en las distintas formaciones realizadas existen datos desagregados que muestran una alta participación de la mujer. No hay evidencia de que esta participación sea consecuencia de criterios de igualdad en el acceso a las mismas, sino consecuencia del alto porcentaje de mujeres que trabajan en la SSR.

Entendemos que para dotar de un enfoque de género al Convenio se debería haber impulsado la sensibilización y / o formación del personal sanitario en materia de igualdad y género en salud. Una formación ligada a conocer el rol que juegan las diferencias, los modelos y los valores en relación al género, favorecería la adopción de prácticas que ayudaran a resolver los obstáculos de género en salud.

En cuanto al Derecho a la Salud y participación comunitaria

A pesar de focalizar la acción de refuerzo de las asociaciones locales en el Derecho a la Salud, una parte de la formación se ha centrado en el concepto de igualdad, promoviendo que las 30 asociaciones de mujeres formadas puedan introducir en sus estrategias el enfoque de género.

En tanto no se realice un acompañamiento de estas asociaciones para el desarrollo de estrategias de salud, integrando la igualdad, en sus actividades la eficacia de esta acción será muy débil.

Aunque en el periodo evaluado no se ha hecho ninguna relacionada con igualdad o género, en los meses de marzo y junio de 2013 (PAC 4), la RMDS, en el marco de sus actividades de reivindicación y sensibilización, - tanto a la sociedad como a las autoridades públicas - La RMDS ha realizado 2 talleres específicos para promover la adopción de estrategias de género en las políticas públicas de salud: "*La puesta en práctica de los convenios internacionales ratificados por Marruecos*", sobre el derecho a la salud y el derecho a la no discriminación de las mujeres y a la salud de mujeres y "*El lugar de colectivos vulnerables en el derecho a la salud en Marruecos*", destacando entre ellos a la mujer por su situación de vulnerabilidad debido a los desiguales roles de género.

⁷⁶Tampoco está contemplado en los TdR como criterio de evaluación.

La participación comunitaria está implantada en un contexto rural, donde las costumbres y hábitos culturales han relegado a la mujer a un papel tradicional de madre, limitando espacios de participación en otras actividades culturales, políticas o sociales.

Se aprecia como las actividades en torno a la participación comunitaria del Convenio⁷⁷, están logrando algunos efectos fácilmente visibles aunque no cuantificables por el momento, que sin embargo deben ser aprovechados para dotar al convenio de un enfoque de género más acentuado y preciso:

- La implicación de las mujeres como PRC, con interés de mejorar su formación para ser más útiles en sus comunidades,
- Mejora de la autoestima al contar con servicios y atención médica de más calidad y en mejores condiciones, dignificando la atención sanitaria que reciben tanto durante el embarazo como en el parto.
- Incremento de mujeres adoptando medios de planificación familiar (incluso de jóvenes no casadas).
- Fortalecimiento de asociaciones de mujeres en defensa de sus derechos, especialmente en igualdad y toma de decisiones en materia de SSR
- Mayor acceso a la información sobre SSR

En cuanto a la participación

La totalidad de las actividades realizadas hasta el momento un alto grado de participación de la mujer, titular principal de derechos en la ejecución del Convenio, tanto en las formaciones recibidas, en el acceso a las mejoras de los servicios de SSR además de la promoción de su participación en la vida política y social en sus comunidades a través del ejercicio del derecho a la salud, Comités locales y como PRC.

En Mauritania, el componente de lucha abierta en contra de la mutilación genital podrá tener impactos muy significativos en la lucha por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, lo mismo que la instalación (y buena gestión) del forfait obstétrico lo tendrá sobre la salud reproductiva de las mujeres.

⁷⁷Entendemos que los comentarios en este apartado se refieren a Marruecos debido al bajo nivel de ejecución en Mauritania, si bien efectos que en cuanto se dinamicen las actividades previstas, mayoritariamente serán apreciados.

4. CONCLUSIONES Y ENSEÑANZAS OBTENIDAS

El Convenio avanza de forma correcta en Marruecos y menos en Mauritania, si bien se aprecia un impulso en el primer semestre de 2013.

La formulación del Convenio plantea casi los mismos objetivos y resultados en los dos países, aunque las diferencias entre ambos son muy significativas, tanto en el contexto socio-económico, en la capacidad del sector salud y en el grado de participación comunitaria y exigirían, en nuestra opinión, una formulación de las PACs más diferenciada y sobre todo que explicita mejor aquello que se está haciendo.

De los tres ejes de intervención es el de la participación comunitaria el que más impacto puede proporcionar, al menos en Marruecos, se percibe como una oportunidad para **medicus mundi** para liderar la estructuración y puesta en marcha de la estrategia de la participación comunitaria, con la definición de un modelo extrapolable al resto del país que sea adaptado por el MS. Vemos en este componente el gran impacto y el principal "valor añadido" de la intervención.

El sistema de seguimiento implantado por la coordinación del Convenio con elaboración y envío de informes mensuales de ejecución física (actividades realizadas) a todos los socios, AECID e incluso otras agencias y organismos de cooperación en salud así como los informes trimestrales de ejecución financiera, parecen suficientes herramientas para medir la evolución y desarrollo del Convenio.

En Marruecos, El MS envía informes anuales a la Coordinación del Convenio, y realiza un seguimiento trimestral sobre la participación comunitaria, tanto de las actividades realizadas por el PRC, como sobre el impacto sobre mejora del acceso de mujeres, niño y niño a los CS, y las actividades de los Comités de salud y de las asociaciones locales.

En los informes anuales del MS puede realizarse un seguimiento anual de la variabilidad de indicadores de salud materno-infantil que se contemplan en el Convenio.

En Mauritania, se apoya la consolidación y extensión del "forfait obstétrico" como eje al través del cual giran las acciones del Convenio, incluidas las acciones IEC que realizan las voluntarias del MASEF se orientan a la expansión y a la adhesión de las mujeres a este instrumento. El FO, un tipo de mutualización de la salud reproductiva, es la estrategia principal del MS para la promoción de la SR entre la población más desfavorecida, especialmente la rural, y es la que cuenta con mayores apoyos internacionales para su consolidación.

Las acciones orientadas a mejorar la salud del recién nacido y de la infancia menor de 5 años (objetivo específico del convenio) se implementan en Marruecos a través de las formaciones PCIME principalmente pero en Mauritania, hasta el momento, no se contempla su incorporación a los programas de formación.

4.2 En Marruecos

El Convenio responde a estrategias nacionales y necesidades bien identificadas en el sector salud y en concordancia con el plan país de la cooperación española en el sector salud.

Responde también a la oportunidad de promover el Derecho a la Salud en la población, tal y como recoge la nueva Constitución, fortaleciendo al mismo tiempo las capacidades de la sociedad civil, especialmente las asociaciones de mujeres.

El equipo de **medicus mundi** en Marruecos cuenta con un personal con amplia experiencia, tanto en el país como en el sector, capaz, motivado, conocedor del terreno y de las instituciones, siendo garantía de éxito para la correcta gestión del Convenio. Juegan un papel muy importante de facilitadores y dinamizadores para que las DMS y asociaciones ejecuten las actividades que les corresponden.

La presencia de **medicus mundi** en las regiones y provincias de intervención es muy apreciada por los socios locales en Marruecos, siendo en algunas ocasiones el único socio que de forma regular está apoyando el desarrollo y la mejora del sector salud así como la promoción de la participación comunitaria.

La estrategia utilizada por **medicus mundi** para la ejecución del Convenio es pertinente, coherente y eficaz. Goza de gran estima y aprecio por su calidad, reactividad y flexibilidad a nivel de las DMS y del nivel central del MS.

Aunque el socio local es el MS, la interlocución del Convenio en lo que se refiere a la planificación / coordinación y seguimiento /evaluación se cuenta con el liderazgo de las Direcciones Centrales y las DRS, para la ejecución y gestión con las DMS o alguna Dirección Central, ya que son más operativas y cuentan con más y mejor información de terreno. Es por ello que, durante el periodo evaluado el rol de las DRS ha sido limitado⁷⁸, aunque a partir de 2012 - como consecuencia de una mejor definición de su rol en el organigrama del MS -se aprecia cómo se va integrando en las actividades del Convenio, asumiendo un rol de más activo en algunos de los procesos, como la realización de planes de acción regionales para la realización del Plan Nacional de Salud y consecución de los ODM 4 y 5).

Sobre el componente de formación de recursos humanos

Las acciones formativas del personal sanitario son coherentes para mejorar la calidad de las prestaciones de salud y favorecen la mejora de indicadores de salud materno-infantil. Las formaciones contribuyen a la mejora de la gestión de los CS.

Todos los cursos programados, se inscriben en el programa nacional de formación continua y han sido validadas por el nivel central del Ministerio de salud, utiliza las herramien-

⁷⁸ En las 4 DRS donde se ha solicitado puntos focales para participar en reuniones de coordinación, aprendizaje, elaboración de documentos, formación, etc.

tas del MS y a su profesorado. Son apreciadas por el personal y mejoran sus habilidades y conocimientos en salud sexual y reproductiva, en la atención a la niñez y en la gestión de los establecimientos de salud.

Hay temas formativos, prioritarios para el nivel central, DRS y DMS que no se han contemplado en el programa de formación, pero que seguramente serán incorporados en fases posteriores, sobre todo cuando a partir del próximo semestre cuando las DRS presenten los Planes de Acción regionales 2012 -2016 (en las zonas de intervención del Convenio) de aceleración de la reducción de la mortalidad materna y neonatal , que están elaborando actualmente con la participación de todas las Delegaciones provinciales y el apoyo del Convenio, si bien quizás **medicus mundi** tenga que adaptar sus Planes Operativos.

No hay, en general, coordinación entre las DMS y las DRS para la realización de las formaciones. Algunas DMS informan a la DRS de la celebración de la formación una vez decidida su realización, otras solicitan el visto bueno de la DRS antes de enviar la propuesta formativa a **medicus mundi**. En algún caso, muy particular, se han realizado formaciones sin informar a la DRS. Es notorio el problema de comunicación interna e intercambio de información entre las diferentes estructuras del Ministerio de salud y su personal. La información se transmite con dificultad y se comparte poco. **Medicus mundi**, consciente de ello, intenta informar al mayor número posible de estamentos y de personas involucradas en la ejecución de las diferentes actividades, pero así todo hay algunas veces que la información no llega o si llega no es analizada o revisada por la persona destinataria.

La gestión y realización de las acciones formativas, se asocia a las capacidades y recursos de las DMS, que son muy diferentes entre ellas, especialmente débiles en las nuevas provincias, dándose la paradoja de que éstas, que son las que mayor necesidad de formación tienen, son las que menos formaciones organizan por su falta de capacidades y recursos. Solo ha habido dos formaciones regionales, debido, como ya se ha comentado al escaso rol que anteriormente las DRS tenían en el MS.

El número de mujeres formadas (médicos, enfermeras) es muy superior al de los hombres, lo que es reflejo de la composición del personal de los centros de salud.

En resumen, como conclusiones del componente de formación de recursos humanos se puede decir que está bien estructurado y se gestiona desde **medicus mundi**, en concertación con el MS, de forma correcta, habiéndose ejecutado muchas sesiones formativas (con la excepción de las provincias con menos capacidad y recursos humanos), los temas de formación responden en general a las necesidades del personal de salud, han sido validados por el Ministerio y están siendo un gran apoyo a las provincias.

Sobre la participación comunitaria

La participación comunitaria se está promoviendo sobre todo a nivel rural, cuando a nivel urbano sería también pertinente y posiblemente más factible su implantación (mayor número de asociaciones, personas mejor y más formadas, mayores recursos...)

Hay diferentes enfoques de la participación comunitaria en salud que cohabitan en una misma provincia (los ADL del SAMU obstétrico, las mujeres centinelas, PRC), aunque todas ellas basadas en el voluntarismo y sin ningún tipo de compromiso “firmado”, lo que dificulta la asunción de responsabilidades claras. Todos los actores consultados señalan la necesidad de que este personal requiere medidas de apoyo, seguimiento y motivación de forma regular para asegurar su viabilidad.

Al estar todas las estrategias adoptadas en fase piloto, existen divergencias en las Delegaciones visitadas en lo que se refiere a las principales dificultades para asegurar la sostenibilidad de la estrategia de la participación comunitaria a través de los PRC’s. Mientras unas señalan que el problema es el carácter voluntario, sin recibir ningún tipo de compensación lo que limita su compromiso, otras están convencidas del apoyo de los comités locales de salud y de las asociaciones locales garantizan la sostenibilidad de la estrategia.

El número de mujeres entre las PRC es muy inferior al de los hombres. Las condiciones y tradiciones del mundo rural marroquí no son propicias para facilitar su incorporación a estas funciones. No obstante, el reclutar “parejas” como voluntarios (esposos, madre-hijo, hermano-hermana...), como se hace en Taza, parece dar buenos resultados aumentando la participación femenina y asegurando la sostenibilidad.

En ciertos CS (en algunas zonas del RIF especialmente) se ve con escepticismo la participación comunitaria e incluso en algunos casos se percibe como una tarea más que añadir a las múltiples que se realizan sin ver ventajas en su implantación.

En ausencia de estrategia nacional y de reglamentación sobre la participación comunitaria, su implantación depende más del interés y compromiso del personal responsable del CS y de la DMS. Todos los actores señalan que el desarrollo de la participación comunitaria y su sostenibilidad dependen de la adopción de una reglamentación y de la adopción de una estrategia ministerial que impulse y extienda el proceso.

El enfoque que se está dando a la participación comunitaria en Marruecos cuenta con el interés y participación activa del MS nivel central y de todas las provincias. Las actividades que se realizan en el Convenio ayudan al MS a contar con más elementos y metodologías testeadas para su posible inclusión en la estrategia nacional, brindando la posibilidad de poner en marcha nuevas herramientas, como los Comités Locales de Salud.

Creemos que **medicus mundi** está trabajando en este terreno para proponer al MS, modelos y referencias para la institucionalización y reglamentación de la participación comunitaria, siendo este, según opinión del equipo evaluador, el mayor impacto que puede tener el actual Convenio en el sistema de salud marroquí y en la componente en la que **medicus mundi** está aportando más valor añadido e innovación. **Medicus mundi** puede asumir un liderazgo y convertirse en un referente para el ministerio de salud en la estructuración e implantación de esta estrategia a nivel nacional.

En las provincias donde ya funciona desde hace algunos años la participación comunitaria en salud se observan mejores indicadores relacionados con la mortalidad materno-infantil, tasas de cobertura de partos en medio vigilados (CSCA, hospital), mayor participación en CPN y CPP, mayor cobertura en vacunación infantil.

Algunas Delegaciones provinciales y CS de la zona del Rif, creen que antes de implantar la participación comunitaria deben recuperar la confianza y la credibilidad de la comunidad y que eso pasa por un gran esfuerzo de sensibilización y comunicación, que empieza por mejorar la calidad de la atención en los propios CS.

Se aprecia que en las comunidades donde hay asociaciones de la sociedad civil más o estructuradas es más factible la implantación de la participación comunitaria, el establecimiento de comités locales de salud y el reclutamiento de PRC's. Las asociaciones deben ser la base de la participación y los CS deben asumir el liderazgo.

La promoción de jornadas de reflexión e intercambios entre todos los actores implicados (las dos direcciones centrales del involucradas MS – DHSA y DP-, las DRS, las DMS, los CS y las asociaciones de la sociedad civil) y de talleres de planificación de actividades, es una dinámica que valoramos como muy importante en el objetivo de divulgar y consolidar las experiencias en participación comunitaria promoviendo una estrategia común.

El trabajo complementario realizado tanto con la UAF como con la RMDS es muy positivo en tanto y cuanto permiten difundir el concepto del Derecho a la Salud entre la población. Formar a 30 asociaciones de mujeres en temas de derechos y participación ciudadana es muy positivo aunque es necesario plantearse un acompañamiento más prolongado en el tiempo con el objeto de que estas asociaciones, normalmente muy débiles y poco estructuradas integren el concepto de salud y promuevan la participación ciudadana en acciones de salud, acciones comunitarias y Comités locales de salud.

Entendemos que es necesario encontrar sinergias y puntos de encuentro entre el trabajo de **medicus mundi** con los PRC y las asociaciones de mujeres formadas en derechos en el marco del Convenio. Ello, contribuirá a reforzar su participación en el ámbito comunitario de la salud.

La divulgación e incidencia de las acciones de la RMDS necesitan tiempo para ver sus frutos, siendo prioritario en este momento, su consolidación y organización, adoptando un reglamento interno y potenciando la adhesión de nuevos miembros, asociaciones o colectivos, con el objeto de extender el mensaje por todo el territorio y “salir” de la capital, si bien entendemos que es en la capital donde pueden tener más repercusión mediática sus acciones.

Sobre el componente accesibilidad

La selección de los CS que serán rehabilitados y equipados ya ha sido realizada, basándose en criterios bien definidos y pertinentes, elaborados por **medicus mundi** y el MS.

En la ejecución de este componente se observa cierto atraso, aunque en el momento de la evaluación ya se habían firmado la mayoría de los convenios con las DMS para comenzar los estudios técnicos y realizar posteriormente las obras.

En otros programas de cooperación, **medicus mundi** ya había rehabilitado y equipado más de 20 centros de salud, algunos de los cuales fueron visitados durante la misión de evaluación, con lo que ha adquirido una experiencia que le permite establecer procedimientos administrativos para la ejecución de las obras muy eficaces y eficientes, lo que permitirá recuperar el retraso acumulado en este periodo evaluado.

4.2 Mauritania

El sistema de salud mauritano se caracteriza por una debilidad muy grande de la gestión del sector salud a todos los niveles institucionales (central, periférico y atención de base). Hay poca coordinación, seguimiento y supervisión entre el nivel central y el periférico. Existe una penuria muy marcada de personal cualificado, médico y de enfermería, mucho más notable que en Marruecos.

Hay retraso en la ejecución de las actividades⁷⁹, tanto a nivel de ejecución física como financiera debido a varios factores externos: cambios de responsables en la DRAS y Mougata'as, escasa capacidad de gestión de la misma, dificultades para conformar un equipo local, etc.

La formulación de las PACs no refleja suficientemente la estrategia seguida ni precisa las actividades realizadas, lo que no ayuda a realizar un seguimiento adecuado del trabajo realizado. Apreciamos que es conveniente realizar un ajuste de la misma, tanto en lo que se refiere a las actividades, vinculándolas más con el trabajo de refuerzo del FO y con la orientación que se ha dado a la participación comunitaria, como de los indicadores.

El convenio apoya la consolidación y extensión del FO, en tanto que principal instrumento de la política pública de Mauritania para la mejora de la atención sanitaria en materia de salud reproductiva (objetivo específico del Convenio) y que permite trabajar en los tres ejes / resultados previstos en la formulación: formación, participación comunitaria y accesibilidad.

Para ello ha planificado actividades que refuerzan la gestión del FO, la mejora del sistema regional de información, la promoción comunitaria del FO y la mejora de las infraestructuras de los CS que ofertan el FO.

Aun siendo pertinentes las actividades realizadas, por el momento, tanto las formaciones técnicas sanitarias como las actividades de refuerzo de capacidades de gestión, seguimiento y planificación de la DRAS o mougata'as son escasas.

⁷⁹En 2011 se organizó, de forma más lenta y dificultosa que lo previsto, la implantación en el país, se empezó a conformar un equipo local, que hubo que sustituir, y se realizó la línea de base. El resto de las actividades se habían planificado a partir de 2012.

Tal y como señalan la mayor parte de actores y de documentos consultados, la debilidad y falta de capacidades del sistema sanitario mauritano, especialmente a nivel regional, hace conveniente reforzar las capacidades de gestión y planificación de los responsables sanitarios, con el objeto de que puedan gestionar más eficientemente los escasos recursos de que disponen y mejorar la calidad de los servicios prestados.

No hemos encontrado evidencias de la coordinación e intercambio de información y de experiencias con otros organismos y agencias de cooperación en salud presentes en el país.

El apoyo y seguimiento brindado desde la sede de **medicus mundi** haya sido el necesario para reconducir el retraso en la ejecución del Convenio en esta fase ahora evaluada, apreciándose en 2013, una aceleración de las actividades en curso.

Se aprecia que se ha hecho un esfuerzo notable en Mauritania para encontrar soluciones a los problemas de ejecución que han ido surgiendo, sin embargo creemos que el proceso seguido y la estrategia de intervención no ha quedado suficientemente reflejada en los informes de seguimiento y en la comunicación del Convenio a otros actores, especialmente a la OTC.

Sobre el componente formación de personal de salud

El nivel de ejecución de las de formaciones es muy bajo y por el momento han sido orientadas hacia el apoyo a la gestión informatizada del FO y del sistema de información tanto a nivel de los CS como provincial y regional.

Las formaciones técnicas del personal de salud en materias de salud materno-infantil han sido muy escasas, no habiéndose realizado ninguna en el periodo evaluado, aunque se han planificado 5 formaciones para el año 2013. A pesar de que existen otros actores en la zona realizando formaciones del personal sanitario, las formaciones realizadas o programadas hasta el momento parece insuficiente dadas las necesidades de formación que tiene el personal del sector (hospitales, CS y PS)⁸⁰.

La penuria de personal en los CS hace difícil organizar formaciones sin dejar desasistidos los CS por lo que la coordinación del Convenio, junto a los responsables de los distritos y de la DRAS, deberán reflexionar sobre la planificación de las formación a realizar.

Es acertado y prioritario formar al personal menos cualificado y con menor experiencia, comadronas auxiliares, quienes ante la falta de personal endémica, se ocupan en muchos casos de todo el proceso de SR, incluidos los partos.

El sistema de recogida de información sanitaria regional es necesario reforzarlo, tal y como prevé el plan de regionalización del propio MS, pero dudamos de la eficacia de focalizar la mayor parte de las formaciones realizadas para mejorar el sistema de información en un entorno de baja calidad de prestación de servicios, de falta de recursos humanos y técnicos y de escasa capacidad de seguimiento de las actividades médicas.

⁸⁰ Ver documento de diagnóstico de la región de Brakna realizado por **medicus mundi** en junio de 2011.

Sobre el componente de participación comunitaria

Por el momento la ejecución de esta componente ha sido muy baja, habiendo abandonado, por el momento, la promoción del derecho a la salud y fortalecimiento de la sociedad civil / asociaciones locales y focalizando esta componente en la promoción de los servicios de salud reproductiva, especialmente del FO, utilizando la red de animadoras del MASEF.

Teniendo en cuenta el escaso desarrollo asociativo en la región, entendemos y valoramos positivamente que el Convenio promueva el rol de PRC, entre las animadoras del MASEF, mujeres conocedoras del terreno y con una imagen respetable en las comunidades. Acercar a la población a los servicios de salud es positivo si bien no parece que vaya a desarrollarse su participación en los asuntos relacionados con los servicios de salud de sus comunidades.

El personal del MASEF se va formar en temas de salud sexual y reproductiva, algo que entendemos necesario para poder desarrollar sus actividades en mejores condiciones, aportando valor a su trabajo con las comunidades.

Sobre el componente accesibilidad (infraestructuras y equipamiento)

Se han definido las intervenciones de acuerdo a las necesidades de expansión del FO y otras necesidades de la región. Por el momento ya han sido identificadas las obras a realizar y se han puesto en marcha los procedimientos de contratación para estudios técnicos y licitación de obras.

Los criterios de identificación y selección de las infraestructuras que serán apoyadas mediante el equipamiento son coherentes con la estrategia de fortalecer el FO. Por ello, se trabaja en los CS que implementan el FO o que pueden empezar a hacerlo, lo que, quizás, puede provocar un sesgo entre la población más vulnerable que suele coincidir con la que solo tiene acceso a infraestructuras de menos calidad que no son cubiertas por el FO.

5. RECOMENDACIONES

En este apartado se indican aquellas consideraciones que pueden favorecer el debate entre las partes implicadas, incluido el financiador, para avanzar en la consecución de sus objetivos y sentar las bases para la mejora de los resultados que se han obtenido hasta el momento.

A lo largo del informe se han ido presentando algunas recomendaciones, sin embargo, intentamos en este apartado recoger aquellas de una manera ordenada y concisa. En tal sentido planteamos las sugerencias que se indican:

5.1 Generales a todo el Convenio

- Con objeto de asegurar el cumplimiento de los resultados y objetivos, es conveniente que haya mayor coordinación y más reuniones de trabajo conjunto a nivel de **medicus mundi**, entre sede, coordinación de Marruecos y coordinación de Mauritania. Estas reuniones pueden servir para impulsar la transferencia de experiencias, metodologías y de personal experto entre Marruecos y Mauritania.
- Con el fin de recuperar el retraso en la ejecución del Convenio en Mauritania, es conveniente reforzar el trabajo de seguimiento y apoyo técnico de la sede de **medicus mundi**.
- Revisar los PACs del Convenio en Mauritania de modo que muestren mejor la estrategia que se sigue, precisando el rol preponderante del apoyo al FO en las actividades que se realizan.
- Actualizar los indicadores de salud materno-infantil en Marruecos adoptando los que las 4 DRS han incorporado, en sus planes regionales para la aceleración de la reducción materno-infantil 2012-2016, para el año 2013 y 2014.
- Sería conveniente y útil, incorporar a la gestión del convenio una herramienta sencilla de seguimiento que refleje el avance de las actividades y de los indicadores. Este instrumento sería una especie de “herramienta de seguimiento⁸¹” que permitiría conocer periódicamente el avance de la ejecución y definir responsabilidades tanto en la ejecución de las actividades como en la consecución de los indicadores. *Se aporta en Anexo un modelo.*
- Impulsar el funcionamiento de un Comité de seguimiento del Convenio en cada país, con la participación de los socios locales, la OTC y **medicus mundi**. Elaborar un calendario de reuniones.
- Impulsar la creación en cada país, de un comité técnico de coordinación del Convenio, conformado por los socios locales de los 3 componentes. Este Comité deberá hacer reuniones periódicas y ser informado de la evolución de las activida-

⁸¹ En francés “Tableau de bord”

des, el grado de avance de los indicadores y de la planificación de las acciones. Debería ser el punto de encuentro de todos los socios locales, siendo el espacio de concertación y coordinación que favorezca las sinergias entre los ejes de intervención del Convenio⁸².

- En Marruecos, colaborar en la mejora de la coordinación, planificación y ejecución de las actividades (normalmente realizadas a nivel provincial) entre las DMS y las Direcciones Regionales de Salud en Marruecos. Para ello se puede potenciar el trabajo de los “puntos focales” designados en cada DRS. Sería conveniente solicitar a la DP y a la DHSA la designación de una persona (punto focal)⁸³ para impulsar su coordinación con **medicus mundi** y demás socios locales del Convenio.
- Reforzar en los dos países el trabajo con las DMS o DRS (DRAS en el caso de Mauritania) relativo a los indicadores, realizando un taller de trabajo con los puntos focales en el que se explique y precisen (si es necesario) los indicadores, la manera de recoger los datos y la persona o institución responsable. Es necesario sensibilizar, especialmente a los CS, de la necesidad de disponer de datos estandarizados que permitan conocer la variabilidad de los indicadores de salud materno-infantil contemplados en el Convenio de forma trimestral o semestral. Es conveniente revisar y aplicar el Cuadro de recogida de datos incluido en los convenios firmados con cada socio, procurando hacer una herramienta sencilla y adaptada a los indicadores tanto de logro como de desempeño señalados en la formulación del Convenio.
- Integrar el concepto de “equidad de género” en salud, incluyendo los indicadores necesarios, en todos los ejes de intervención del Convenio, especialmente en las formaciones.
- Fortalecer la coordinación con otras agencias y organismos de cooperación del sector salud en Mauritania y desarrollar una política de comunicación del convenio
- A pesar de que el apoyo a la extensión del FO es conveniente, por tratarse del principal instrumento público en Mauritania para la reducción de la mortalidad materno infantil, creemos conveniente, analizar con otros actores de cooperación en salud, especialmente con la OTC, la conveniencia y la modalidad de apoyo a la extensión del FO en la forma en la que se viene haciendo actualmente y estudiar la incorporación de otras componentes y actividades.

⁸²A modo de ejemplo estrechar la colaboración entre las asociaciones (UAF) y las DMS (SIAAP) y los CS en Marruecos.

⁸³O bien, una por área: rural, maternal e infantil.

5.2 Marruecos

Sobre el componente Formación

- Revisar el programa de formación en cada región sirviéndose de los planes de acción que para la aceleración de la reducción de la mortalidad materno-infantil ha elaborado cada DRS con el apoyo del Convenio. Identificar con los DMS y las unidades regionales de formación las prioridades formativas teniendo en cuenta las especificidades provinciales.
- Promocionar la realización de formaciones organizadas por la unidad regional de formación de cada DRS.
- Entendiendo que no es competencia de **medicus mundi**, sería conveniente impulsar la coordinación entre las DRS /DMS y las Direcciones centrales del MS, para dar respuesta a las formaciones ligadas a los programas nacionales de salud materna e infantil del nivel central, incorporando en el programa de formación del Convenio, en la medida de lo posible, otros temas prioritarios de formación solicitados por estos programas.
- Continuar promoviendo la colaboración entre diferentes DMS para realizar formaciones conjuntas o al menos que puedan incorporar como participantes a personal sanitario de otras provincias con menor capacidad para organizar ellas mismas las formaciones.
- Promover un sistema equitativo en la distribución presupuestaria entre regiones y provincias a la hora de financiar las formaciones, evitando las disparidades entre provincias. Para ello, se podría establecer un presupuesto anual para cada región y provincias de acuerdo al número de formaciones planificadas y velar por su cumplimiento y posterior evaluación. Ser más rigurosos a la hora de exigir el cumplimiento del cronograma elaborado por las propias DMS y asociaciones.
- Aunque es el MS quien establece la duración de los cursos y cada delegación adapta la duración en función de sus necesidades concretas, reflexionar sobre la conveniencia de flexibilizar las normas y procedimientos para la realización de formaciones con el objetivo de que éstas puedan realizarse con un número menor de participantes y de días. De esta forma, también se compensaría el problema de la desatención de los CS por la penuria de personal y en su carga de trabajo.
- Por ser una formación muy demandada y por el impacto que tiene sobre la población, reflexionar sobre la conveniencia de introducir formaciones en ecografía obstétrica para médicos y comadronas de CSCA así como en el uso de mini analizadores. En algunos casos estas formaciones pueden realizarse en la misma región.
- Proponer al MS (nivel central) la incorporación y participación de los padres en las clases de madres.

- Analizar y reflexionar con el MS la conveniencia de seguir impartiendo formaciones de PCIME (infancia sana y enferma) si no se hace una evaluación previa sobre el impacto de la estrategia y su correcta aplicación en los CS.
- Promover evaluaciones de desempeño del personal sanitario sobre los temas formativos al finalizar cada año con personal de la DRS y del nivel central.
- Revisar al alza, si es posible desde el punto de vista del presupuesto, las indemnizaciones acordadas a los participantes a las formaciones (p.e. aumentar el *per diem* o establecer un reembolso por kilometraje,...).

Sobre el componente Participación Comunitaria y Derecho a la Salud

- En relación con la participación comunitaria en salud contemplar la posibilidad de seguir contando con una asistencia técnica al equipo de gestión del Convenio para coordinar y animar esta estrategia de forma global y homogénea.
- Promover las acciones de sensibilización entre autoridades civiles, asociaciones de la sociedad civil y sector salud, a todos los niveles (regional, provincial y local) para el establecimiento de la participación comunitaria en salud.
- Entendemos que es prioritario para el Convenio, reforzar el apoyo al MS para la elaboración de una estrategia de participación comunitaria que permita institucionalizar el enfoque y regular su inclusión en las estructuras de salud. Mientras tanto, es necesario promover la reglamentación de los PRC (definiendo :responsabilidades, paquete mínimo de tareas, formaciones recibidas, equipamiento, seguimiento y evaluación) con la participación del nivel central, DRS, DMS y otros actores de cooperación (agencias de naciones Unidas, de cooperación bilateral).
- Promocionar la figura de "couples" o parejas de voluntarios en una misma comunidad (marido-mujer, hermano-hermana) tal como se está desarrollando en Taza con bastante éxito.
- Profundizar, junto a las Direcciones Centrales del MS, DRS, DMS y asociaciones, en el desarrollo de los Comités locales de salud, por ser una de las más interesantes para el desarrollo de la participación comunitaria, siendo una de los ejes de trabajo contemplados actualmente en el borrador de Estrategia Comunitaria que se está elaborando. Talleres como el celebrado en abril de 2013 en Tánger, con presencia de todos los actores favorecen la presentación de propuestas de reglamentación (definiendo tareas, composición, et,) de este organismo.
- Mientras no se institucionalicen los PRC, es conveniente promover regularmente más sesiones de formación, seguimiento y coordinación entre los CS, las DMS y los PRC. Ello supone un factor de motivación importante en este personal.

- Considerar Taza y Chefchaouen como "experiencias piloto" para la participación comunitaria en salud, por ser las provincias con mayor desarrollo de esta componente. Apoyar a estas dos provincias con mayores recursos humanos y materiales para potenciar la participación comunitaria entre las asociaciones y centros de salud, impulsar la creación de los comités locales de salud, involucrando a las autoridades y líderes comunitarios, mejorar la coordinación con los PRC, fomentar su formación y seguimiento, ampliar el paquete de actividades IEC, etc. De esta manera, se deberá documentar y evaluar todos los procesos y acciones realizadas que pueden configurarse más tarde como un modelo / propuesta de estrategia comunitaria para el MS.
- Continuar con la acción de la UAF, promoviendo el acompañamiento de las asociaciones formadas, impulsando la adopción de estrategias de trabajo en salud comunitaria y teniendo como referente el derecho a la salud.
- Apoyar el proceso de reglamentación de la RMDS e impulsar la adhesión de nuevas asociaciones a la Red.
- Animar el proceso de coordinación entre la UAF y las DRS y DMS en Marruecos, impulsando la participación / integración de las asociaciones formadas en los Comités de Salud.
- ***Sobre el componente accesibilidad***
- En el marco del proceso de regionalización del MS, sería conveniente coordinar la mejora de las infraestructuras con la DRS correspondiente, aunque la gestión recaiga directamente en la DMS.
- Aun entendiendo que la realización de mejoras en infraestructuras es una componente menor del objetivo del convenio, a pesar de destinar unos recursos considerables, y que es un ámbito que está siendo asumido por el propio MS con la ayuda de otros programas de cooperación, dependiendo de las posibilidades presupuestarias, sería pertinente aumentar el número de centros de salud a rehabilitar y equipar, lo ideal sería al menos uno por provincia, evitando así los agravios comparativos entre ellas. En ese caso, se podría priorizar obras menores que sin embargo tienen un cierto impacto en la población: limpieza, pintura, reparación de grietas, reemplazo de puertas y/o ventanas, instalación de sistema de agua caliente utilizando energía solar, sistema de calefacción al menos en las maternidades del CS, ...
- Incluir en esta componente la mejora de las casas para el personal sanitario en las zonas rurales enclavadas ya que es un factor de sostenibilidad y estabilidad del personal.
- Para responder a las prioridades expresadas en los planes de acción regionales para la aceleración de la reducción de la mortalidad materno-infantil, si hubiera disponibilidad financiera y el Convenio lo permitiera, pensar en la adquisición de

ambulancias todo terreno para algunas provincias (las más enclavadas y montañosas), verificando antes la disponibilidad de chófer y presupuesto de la DMS para carburante y mantenimiento o bien si estas condiciones son asumidas por el ayuntamiento o la propia comunidad (comités locales de salud).

5.3 Mauritania

Sobre el componente formación de personal de salud

- Realizar un nuevo mapeo de las intervenciones en materia de formación en la región, que permita actualizar con la DRAS y las DMS, las necesidades más urgentes de formación a nivel regional, de los CS y PS. Incorporar a esta reflexión al Hospital regional y al nivel central del MS (responsable de recursos humanos y formación).
- Elaborar una estrategia para declinar a nivel regional y provincial, posteriormente a nivel de ESSB, del PNDS y el PNSR, priorizando las formaciones técnicas del personal menos cualificado.
- Reflexionar y debatir con el MS y la DRAS la posibilidad de incluir en el próximo PAC, formaciones en gestión de servicios de salud a todos los niveles (central, regional, distrital y CS). Esta formación debe incluir la planificación estratégica y operativa, la gestión financiera y económica, la gestión de la calidad, la gestión de los recursos humanos, la gestión de la información y comunicación, el seguimiento y la evaluación, el liderazgo y el trabajo en equipo, hasta la gestión del distrito de salud y del CS.
- Reforzar el material pedagógico y didáctico disponible en el MS y, en caso necesario, elaborar y editar uno nuevo. Este trabajo podría hacerse con el apoyo de otras agencias y organismos de cooperación que tienen este tipo de material (OMS, FNUAP, UNICEF, Médicos del Mundo, Enfermeras por el Mundo, etc.).

Sobre el componente de participación comunitaria

- Seguir trabajando con el MASEF, pero al mismo tiempo impulsar la identificación de asociaciones de mujeres en las comunidades para promover su incorporación a la participación comunitaria en salud.
- Programar junto a la DRAS una campaña para sensibilizar al personal de salud sobre la participación comunitaria en la gestión de la salud en su radio de acción en el convencimiento de que es necesario implicar al personal de los CS y PS para lograr su implantación.
- Revisar y adoptar, si se encuentra conveniente, la propuesta de UNICEF para la participación comunitaria en salud. Analizar el funcionamiento de los Agentes Comunitarios de Salud que están operacionales en otras zonas para la posible replicación del modelo en la región de Brakna.

- Sería conveniente intercambiar experiencias con Marruecos sobre el componente comunitario y aprovecharse de las estrategias seguidas para solventar los problemas de implantar este enfoque. Una asistencia técnica de personal marroquí, por ejemplo el consultor que ha trabajado en Marruecos, facilitaría este intercambio.
- Analizar la posibilidad de apoyar los Comités de gestión que existen en las moughata'as y contribuir a su expansión y fortalecimiento institucional y de capacidades a través de la incorporación de mujeres como agentes activos y de pleno derecho en los comités.
- Reforzar las acciones IEC a través de la formación de las voluntarias del MASEF y del personal de los CS en técnicas de animación de grupos, en temas relacionados con la salud materno-infantil y el derecho a la salud.
- Elaborar (si no existe) material IEC y de aprendizaje enfocado a la formación y al trabajo de las comadronas auxiliares y voluntarias del MASEF. Reforzar estas formaciones buscando la calidad y la adaptación a la definición de sus tareas de acuerdo con el MS.

Sobre el componente accesibilidad (infraestructuras y equipos)

- Analizar las necesidades en equipamiento y rehabilitación de los CS de la zona de intervención, incluyendo los que no trabajan el FO.
- Promover ante los responsables de la DRAS Brakna y las Moughataas el lanzamiento de las licitaciones para obras y equipos cuanto antes a fin de poder asegurar su conclusión en el plazo de vigencia del Convenio.

6. ANEXOS *

- 6.1. Términos de referencia para la evaluación**
- 6.2. Itinerario misión de evaluación**
- 6.3. Relación de personas /instituciones consultadas**
- 6.4. Bibliografía y documentación consultada**
- 6.5.- Informe preliminar y herramientas utilizadas.**
- 6.6.- Informes de actividades de cada acción**
- 6.7.- Modelo de herramienta de seguimiento**
- 6.8.- Matriz de evaluación.**
- 6.9.- Ficha CAD**

***Los Anexos se aportan en formato electrónico.**