

Proyecto de Promoción de la Salud y Nutrición de los Niños y Niñas del Distrito de El Mina de Nouakchott, Mauritania

Diciembre de 2012



1. Contexto del problema

La crisis alimentaria y nutricional que afectan en este momento al Sahel alcanzará a alrededor de 18 millones de personas este año y más de 1 millón de niños corren el riesgo de ser afectados por malnutrición aguda severa.

En Mauritania la falta de lluvias en 2011 ha perjudicado la producción de alimentos afectando a la seguridad alimentaria. Las regiones del sur y el sureste, entre las regiones rurales más pobladas del país, son también las más pobres. Una gran mayoría de las personas que viven en esas regiones gana menos de un dólar por día, sufre una pobreza extrema y está sujeta a catástrofes naturales recurrentes. Según los resultados de la última encuesta de seguridad alimentaria llevada a cabo por el Comisariado de la Seguridad Alimentaria y el Programa Mundial de Alimentos, más de 24.6% de las familias del medio rural, es decir 420,000 personas permanecen en inseguridad alimentaria, de las cuales el 12.9% en inseguridad severa y el 11.7% en inseguridad moderada. El número total de personas afectadas por la inseguridad alimentaria tanto a nivel urbano como rural alcanzó 700,000 personas en enero del 2012. Estas tasas se han triplicado en relación al mismo periodo del año del año anterior (8.7% contra el 24.6%) y están tres puntos por encima de las tasas observadas en período normal. Se estima que 226,000 niños que viven en el Sahel mueren cada año de malnutrición o de las consecuencias de la malnutrición. La malnutrición aguda afecta entre el 10 y el 14% de los niños en Mauritania. El informe pone de manifiesto también que la tasa observada en diciembre de 2011 para el medio rural es la más elevada que se ha registrado nunca durante este periodo del año desde que este sistema de seguimiento ha sido puesto en marcha.

UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs



Por otra parte, Mauritania sigue siendo afectada por los efectos de la crisis financiera global. Los precios de los productos básicos han aumentado de forma constante en los 30 meses de ejecución del proyecto. Debido a la delicada e incierta situación de seguridad, la industria del turismo se derrumbó, dejando áreas con mayor pobreza y promoviendo el éxodo rural constante hacia las ciudades, las cuales no está adecuadamente adaptadas para la llegada de

nuevas poblaciones. Además, el año 2011 se caracterizó por un importante déficit de precipitaciones pluviométricas que se tradujo en un fenómeno de sequía que afectó directamente a las poblaciones en el sur y este, poniéndolas en una situación de inseguridad alimentaria.

Informe seguimiento Proyecto Salud/Nutrición

1.1. Estado de Situación de la Salud en Mauritania

El perfil epidemiológico nacional del País está dominado por las enfermedades transmisibles,. Además están las enfermedades tropicales olvidadas y las enfermedades de potencial epidémico, entre las cuales se encuentran las fiebres hemorrágicas, la patología infantil como las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, el paludismo y las patologías neonatales; los desequilibrios nutricionales, en particular las que afectan a la madre y al niño y que favorece el desarrollo de enfermedades ya mencionadas como la patología ligada al embarazo, al parto o al postparto.

Hay una prevalencia importante de las enfermedades no transmisibles del tipo de las cardiopatías, diabetes, cáncer, patologías respiratorias crónicas, trastornos neuropsiquiátricos y accidentes de la carretera. Hay que señalar otros problemas de salud como son las enfermedades a erradicar o eliminar (poliomielitis, tétanos neonatal, lepra), los trastornos motores y la patología bucodental.

Plan de Desarrollo Sanitario 2012-2020

1.2. El Sistema de Salud de Mauritania

El Sistema de Salud en Mauritania es de tipo piramidal, con tres niveles de prestaciones; comprende un sistema público de cuidados compuesto por:

1. El nivel operacional o periférico (Moughataa) donde existen dos tipos de estructuras: los puestos de salud y los centros de salud, respectivamente en número de 530 y 67; en apoyo a este nivel, varios centenares de unidades de salud de base (USP) fueron instaladas en una parte no desdeñable de las aglomeraciones de los pueblos alejadas de los puestos y centros de salud (más allá de un radio de 10 km); desde mitad de los años 90, la mayor parte de estas unidades de salud han sido cerradas esencialmente por falta de partera o personal sanitario. Para completar la falta de efectivos, este personal es en numerosas ocasiones, asistido por personal voluntario.
2. El nivel intermedio que comprende tres tipos de hospitales a nivel de las capitales regionales o de las Moughataas: (i) los hospitales de Moughataa, limitados todavía en número y llamados a cubrir las Moughataas más pobladas, (ii) los hospitales regionales en número de seis y los centros hospitalarios regionales, convertidos en establecimientos públicos de carácter administrativo que son seis.
3. El nivel terciario esencialmente concentrado en Nouakchott comprende cuatro tipos de establecimientos públicos de referencia.

1.3. El Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) 2012-2020 y su Estrategia frente a la Malnutrición

El PNDS es un documento de Planificación Estratégica de la Salud dado a conocer en 2012, en el que, a partir de un repaso al estado de la situación sanitaria del País, se enuncian una serie de prioridades estratégicas, necesidades en materia de recursos e información y un Plan de gastos y financiación por escenarios para los próximos años. Asimismo se establece un marco de ejecución y una estrategia de seguimiento y evaluación del Plan.

El PNDS trata de dar respuesta a los desafíos que presenta una situación nacional caracterizada por una morbilidad elevada, particularmente entre los grupos de población más vulnerables (madre-hijo), una cobertura insuficiente en servicios esenciales de salud y de dudosa calidad, una oferta de salud ineficiente y falta de equidad y un entorno caracterizado por obstáculos importantes y dificultades que complican el desarrollo del sector.

Los desequilibrios nutricionales, en particular los que afectan a la madre y el niño presentan una prevalencia elevada que se manifiesta en insuficiencia ponderal, malnutrición, anemia y carencias de micronutrientes. La insuficiencia ponderal afecta a un niño de cada cinco (de 6 a 59 meses) mientras que la anemia se encuentra en el 85% de estos niños.

Las intervenciones de nutrición que permitirán reducir las distintas clases de malnutrición se concentran en 5 ámbitos prioritarios que rodean las causas directas y subyacentes de la malnutrición y que tienen un considerable impacto:

- i. La lactancia materna y alimentación complementaria.
- ii. El aporte de micronutrientes.
- iii. El tratamiento de la diarrea y el control de parásitos.
- iv. El tratamiento de la malnutrición aguda moderada y severa.
- v. La seguridad alimentaria en las familias.

La práctica adecuada de la lactancia materna exclusiva (LME) tendrá un impacto significativo sobre el nivel nutricional de los niños; la estrategia principal para luchar contra los estados carenciales de vitamina A es tomarla como suplemento; los alimentos enriquecidos y el consumo de alimentos ricos en vitamina A son buenas soluciones que es preciso promover simultáneamente.

La yodación universal de sal permitirá la eliminación de trastornos debidos a la carencia de yodo.

El tratamiento de la malnutrición aguda es una intervención clave que se hará a nivel de la pirámide sanitaria para la forma severa y a nivel comunitario para la forma moderada. El desafío mayor es asegurar un amplio acceso de los niños y una utilización cada vez mayor de los servicios que atienden la malnutrición con calidad (mejorar su eficacia según los estándares Sphère)

PNDS

1.4. Los principales involucrados en el acceso a los alimentos

Actores que intervienen en la Malnutrición Moderada

- El Programa Mundial de Alimentos.
- El Comisariado para la Seguridad Alimentaria (CSA) que trabaja con el Programa Mundial de Alimentos (PMA). El CSA es gubernamental y su estructura orgánica se encuentra ubicada a nivel del Primer Ministro.

El PMA proporciona alimentos al Comisariado para la Seguridad Alimentaria, especialmente para el tratamiento de la malnutrición aguda moderada (MAM).

El protocolo nacional de la malnutrición aguda moderada se dirige hacia los niños mal nutridos de manera que el problema se resuelva a nivel comunitario. El Comisariado de Seguridad Alimentaria dispone de una red de mediadores comunitarios para organizar el cribaje, la distribución y el seguimiento de los alimentos y de los niños.

La técnica de cribaje de la malnutrición se realiza sobre el perímetro braquial de los niños. Cuando diagnostican un proceso de malnutrición severa envían al niño al centro de salud.

Actores que intervienen en la Malnutrición Severa

Fundamentalmente son Unicef y el Ministerio de Salud. Unicef apoya al Ministerio de Salud en el proceso de malnutrición severa.

El protocolo nacional para la Malnutrición Severa se aplica de la siguiente manera:

En los casos de Malnutrición Severa Simple (MASs) el niño es enviado al Centro de Salud donde se le trata con Pumpy- Nut suministrado por Unicef.

En los casos de Malnutrición Severa Complicada (MASc) el niño es enviado a la Unidad especializada en Nutrición (USN) del Hospital Nacional. La USN debe estar apoyada por Unicef en lo que se refiere a la disponibilidad de medicamentos esenciales. En dicha Unidad se proporciona a los niños ingresados leche con micronutrientes, además de (teóricamente) los medicamentos necesarios para su curación.

2. El Proyecto

El Proyecto se denomina Promoción de la Salud y Nutrición de los Niños y Niñas del Distrito de El Mina de Nouakchott, Mauritania

2.1. Objetivos del Proyecto

Los objetivos del Proyecto describen la situación o el estado deseado que se pretende alcanzar con la realización del proyecto.

Los efectos son resultados de las acciones llevadas a cabo por el proyecto y, por tanto, se verifican durante o después del mismo. El Proyecto puede tener efectos buscados y previstos, pero puede haber efectos no buscados que sean, al mismo tiempo, previstos y sumamente relevantes desde el punto de vista de los beneficiarios del proyecto.

El impacto es consecuencia de los efectos de un proyecto. En este sentido, expresa el grado de cumplimiento de los objetivos respecto a la población-meta del proyecto.

Objetivo general

El presente proyecto tiene como objetivo organizar y apoyar el acceso a la salud y a la prestación de servicios para los centros y puestos de salud de la comunidad de El Mina en Nouakchott, para de esta forma cambiar las actitudes y comportamientos de la población con respecto a la salud y la Malnutrición de los niño/as, incluyendo los relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva (LME).

Resultados esperados

Entre los resultados esperados, se busca la optimización de la prestación de la asistencia sanitaria, la calidad de las estructuras básicas de salud, la organización de un circuito de referencia, debido a que esto se constituye como una de las principales causas del aumento de la mortalidad infantil en la Unidad Especial para la Nutrición (UEN / USN) – entre la periférica (centro de salud) y la estructura del hospital para una gestión de la calidad de los niño/as enfermo/as.

El proyecto también tiene como objetivo superar el gran déficit de coordinación entre las diversas partes involucradas, ya sean públicas, privadas, nacionales e internacionales.

3. La Evaluación

A través de esta evaluación se espera obtener recomendaciones sobre la incidencia de los distintos procesos que componen el proyecto, implementadas en el periodo de ejecución en Mauritania:

- Grado de fortalecimiento institucional,
- Calidad y utilidad de las intervenciones directas,
- Asistencias técnicas,
- Capacitaciones,
- Actividades de sensibilización y divulgación

(Términos de Referencia)

3.1. Alcance del Estudio

El trabajo de evaluación se basa fundamentalmente en la comparación. Se trata de comparar los efectos de una intervención respecto a la situación anterior a la misma, tratando de delimitar con claridad que los efectos producidos sean consecuencia de dicha intervención.

Hay que señalar que la información relativa a las distintas acciones procedente de las distintas fuentes de información, ha podido ser contrastada dando lugar a apreciaciones evaluativas que nos han permitido extraer conclusiones y proponer algunas recomendaciones.

En este caso, la evaluación se enfrenta a los siguientes condicionantes:

- Inexistencia de una línea de base sobre la cual fuese posible cuantificar los avances y los logros obtenidos. Al parecer, para la formulación del Proyecto se utilizó un informe de evaluación sobre el contexto sanitario y nutricional realizado en 2008 y se realizó un taller participativo con los socios locales..
- Confusión conceptual respecto a los términos, "Resultados, Objetivo, Indicador, etc"
- Formulación poco realista de los objetivos cuantitativos a alcanzar, al menos en un principio.
- Objetivos que en lo posible deberían estar más alineados con los del PNDS, aunque, como ya se ha expresado con anterioridad, el PNDS no se había publicado todavía.

3.2. Equipo de Trabajo

La empresa Antrópica Consultores propuso los técnicos del equipo evaluador encargados del diseño y ejecución de la evaluación, bajo la supervisión de la Fundación Tierra de Hombres.

Estos técnicos son:

En el Terreno:

Carlos Martín. Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en Salud Pública y Experto en Evaluación de Programas y Proyectos de Cooperación para el Desarrollo. Posee amplia experiencia en planificación y evaluación de hospitales y servicios de salud en España, en América Latina y en África. Ha desempeñado distintos puestos de gestión en la administración sanitaria española y tiene experiencia en la ayuda al desarrollo. Ha trabajado como coordinador de la Cooperación sanitaria (ICI, antigua denominación de AECID), dentro del Plan de Cooperación Integral con Centroamérica y Panamá. Ha realizado asistencia técnica y evaluación de proyectos en Sáhara, Angola, Burundi, Guinea Conakry, Mali y en distintos países de América Central y Caribe en proyectos financiados por la Unión Europea, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

En funciones de Backstopping:

Patricia Ara. Licenciada en Psicología. Ha participado en proyectos de Cooperación al Desarrollo en Sáhara, México y Perú y colabora habitualmente en el despliegue organizativo exterior de una ONG. Desde hace cinco años es Directora de Proyectos en Antrópica Consultores donde desarrolla funciones de evaluación en diferentes servicios sanitarios, estando especializada en la aplicación de métodos de investigación social. Ha participado como docente en numerosos cursos de gestión sanitaria y comunicación y como experta en la implantación de Programas de Salud en diferentes Comunidades Autónomas.

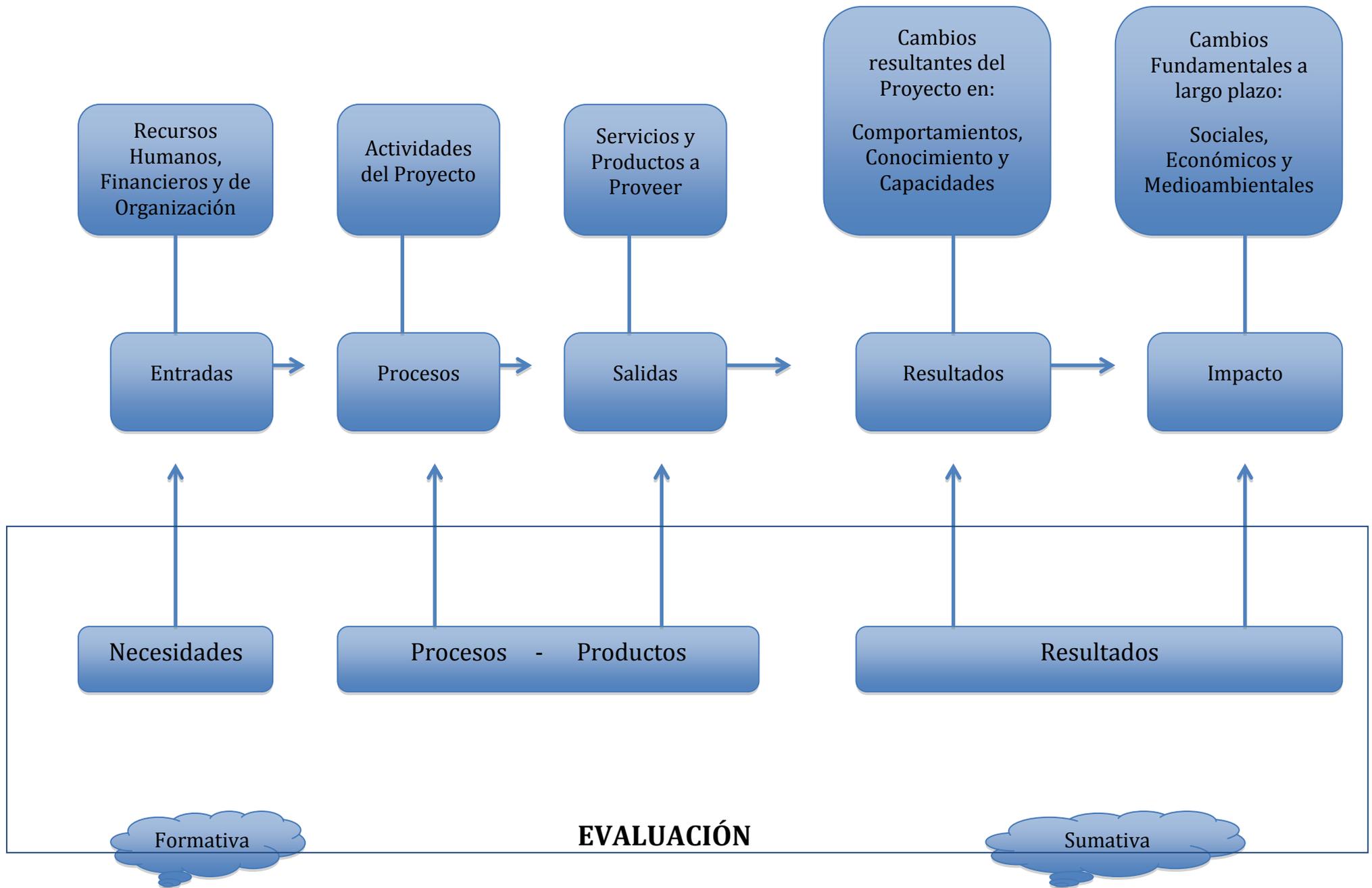
Asunción Aparicio. Enfermera con 20 años de experiencia en el ámbito de la atención especializada. Es responsable de una Unidad Hospitalaria de Atención al Paciente y responsable de un grupo de Mejora de la Calidad Hospitalaria. También ha colaborado en numerosos trabajos de consultoría estratégica y de gestión de la calidad y participa habitualmente como docente en la formación continuada de profesionales sanitarios.

3.3. Tipo de Evaluación

Se trata de una evaluación final de las intervenciones correspondientes a las acciones del Convenio No.C05/2009 implementadas en Mauritania. El propósito fundamental de la evaluación es determinar en qué medida se cumplieron los objetivos fijados en la formulación del mismo.

En este caso, se trata de una evaluación sumativa, en la que, a partir de apreciaciones evaluativas, hemos realizado una valoración de los Recursos, las Actividades, los Servicios y Productos a proveer, los cambios resultantes del Proyecto en comportamientos y capacidades y los posibles impactos a largo plazo.

Como en la mayoría de las intervenciones de estas características, la evaluación se ha planteado en tres fases. Las actividades de la primera fase nos permitieron recopilar la información disponible a partir de los responsables de la gestión del proyecto; la segunda fase se desarrolló sobre el terreno para recoger información de fuentes primarias y verificar los resultados por observación y en la tercera fase se ha realizado el trabajo de análisis, discusión y redacción de conclusiones.



Recogida de Datos

La recogida de información, dentro del proceso de evaluación, se ha basado en una búsqueda de argumentos explicativos que nos permitiesen fundamentar un juicio sobre el valor, el mérito y el éxito del Proyecto.

La metodología utilizada ha sido eminentemente cualitativa y la recogida de información se ha apoyado en el uso de procedimientos y técnicas clásicas, si bien la idea central que hemos perseguido es de comprender las diferentes perspectivas mantenidas por los beneficiarios del proyecto, la Agencia Española de Cooperación Internacional y los informadores clave de los distintos grupos de interés.

Hemos utilizado esencialmente la entrevista personal en profundidad con informadores y la observación participante como método complementario de investigación. La información cuantitativa disponible ha sido analizada igualmente, con el fin de triangular los resultados.

3.4. Fases de la Evaluación



3.4.1. Fase de Trabajo de Gabinete

1.1. Estudio Documental

El estudio documental se ha basado en el análisis de los siguientes documentos:

- Términos de Referencia
- Informe inicial de Estado de situación
- Informes de Seguimiento anuales del Proyecto: 2010, 2011 y final
- Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2020
- Estrategias avanzadas
- Convenios TdH/DSSB-TdH/EI Mina- TdH/ CHN-TdH/Relais
- Informes de Supervisión conjunta
- Fichas de actividad
- Informes de actividad de los Centros de Salud

- Libros de registro de los Centros de Salud
- Listados de Formación efectuada
- Informes de formación en lactancia materna
- Actas de recepción de obras
- Informe de Gestión de Residuos
- Informes de Misión del DrPapart
- Aceptación modificación sustancial

1.2. Diseño de instrumentos de recogida de información

Bajo este epígrafe se incluye el diseño y elaboración de guías para la realización de entrevistas en profundidad.

1.3. Diseño del Plan de trabajo coordinado con los responsables del proyecto en Mauritania.

1.4. Aprobación del Plan de Trabajo

3.4.2. Fase de Trabajo sobre el terreno

En la semana del 29 de noviembre al 6 de diciembre, el coordinador del equipo de evaluación, Carlos Martín, realizó una misión sobre el terreno en la que se llevaron a cabo las siguientes actividades:

2.1. Sesiones de trabajo con los responsables del Proyecto de TdH en Madrid, Enrique Medina, con la delegada de TdH en Mauritania, Marie-Jeanne Hautbois y con el jefe del Proyecto Sr. Mamadou Djibi Dia.

2.2. Entrevistas con los responsables del Ministerio de Salud y la OTC de la AECID. El listado de personas entrevistadas figura a continuación

2.3. Visitas en el terreno. Entrevistas con 4 familias beneficiarias del Proyecto.

Lista de personas entrevistadas

Mr. Enrique Jose Medina Jarquin, Coordinateur de programmes, siège de Terre des hommes Espagne

Mr. Mamadou Djibi Dia, Chef de projet santé/nutrition, Terre des hommes Mauritanie

Mme. Marie-Jeanne Hautbois, Déléguée, Terre des hommes Mauritanie

Dr. Mohamed Lémine O/ Cheikh, Médecin chef du district sanitaire d'El Mina jusque fin septembre 2011

Dr. Mohamed Yahya O/ Sidi Mohamed, Médecin chef du district sanitaire d'El Mina depuis octobre 2011

Mme. Maha Sall, Major, CS El Mina

Mme. Phan Thi Maï Soumaré, Sage-femme, CS El Mina

Mme. Aminata Dia, Volontaire, CS El Mina

Mme. Marieme Mané, Volontaire, CS El Mina

Mr. Ousmane Mbaye, Volontaire, CS El Mina

Mme. Marieme Diop, Major, CS Mère/Enfant

Mme. Marieme Ba, Volontaire, CS Mère/Enfant

Mme. Fatma M/ Bowba, Volontaire, CS Mère/Enfant

Mme. Zeinabou Diop, Volontaire, CS El Mina

Mr. Adama Diop, Infirmier chef du poste de santé de Dar El Beydha

Mme. Marieme Sy, Volontaire, PS de Dar El Beydha

Mme. Ramata Abdoulaye, Volontaire, PS de Dar El Beydha

Dr. Diagana Chouabou, Médecin en charge du CS Kissal

Mme. Fatou Niang, Infirmière, CS Kissal

Mme. Marieme Alassane Thiam, Volontaire, CS Kissal

Mme. Fatimetou M/ Abdelkader, Volontaire, CS Kissal

Mr. Sid'Ahmed O/ Barti, Coordinateur, Association des agents de santé communautaire d'El Mina

Dr. Moussa Diagana, Responsable de l'Unité Spéciale de Nutrition, Service de pédiatrie du Centre Hospitalier National

Pr. Abdallahi O/ Sidi Mohamed Weddih, Chef du Service de pédiatrie du Centre Hospitalier National

Dr. Moustapha O/ Abdallah, Directeur de la Santé de Nouakchott, DRAS

Mr. Ba Housseynou Hamady, Ministre de la Santé

Dr. Abderrahmane O/ Jiddou, Directeur, Direction de la Santé de Base et de la Nutrition, Ministère de la Santé

Dr. Moustapha Kane, Chef du Service Nutrition, Direction de la Santé de Base et de la Nutrition, Ministère de la Santé

Dr. Francisco Sancho López, Coordinateur Général de la Coopération Espagnole en Mauritanie

Dña Ruth Jaramillo Blasco, Responsable del Programa en la AECID

Mme. Lierni Galdos Aguirrebena, Responsable de programme, Bureau Technique de la Coopération espagnole en Mauritanie (OTC)

Mr. Raúl Torres Insua, Coordinateur Pays en Mauritanie, MédicosdelMundo

Mr. Mamadou N'Diaye, Chargée de section Nutrition, Unicef

Metodología del trabajo de campo

1. *Entrevistas en profundidad:* Se realizaron entrevistas en profundidad a las personas con mayor responsabilidad en el programa, cuyo listado figura en el punto anterior.

2. *Observación participante:* Con el fin de validar la información suministrada, el evaluador, acompañado del Jefe del Proyecto, se desplazaron al Hospital Nacional, al Ministerio de Salud, a los tres centros de salud y al puesto de Dar El Beydha para asistir en todos ellos al proceso de recepción, asistencia y tratamiento de los niños afectados de malnutrición. También estuvieron en las sesiones de demostración culinaria y asistieron a un almuerzo de recuperación de los programados semanalmente. Posteriormente se desplazaron a varios domicilios de familias beneficiarias para entrevistarse con ellas y conocer sus puntos de vista del proyecto.

3.4.3. Fase de análisis de resultados y elaboración del informe

Los datos obtenidos a partir de fuentes primarias y secundarias han sido analizados desde diferentes perspectivas y criterios y han dado lugar a dos productos:

Borrador del Informe.

Informe Final.

4. Análisis de los Criterios de Evaluación

4.1. Pertinencia del Proyecto

El contexto local de Mauritania, tal y como se ha expresado en el apartado correspondiente, es el de un país en el que la falta de lluvias ha perjudicado la producción de alimentos afectando gravemente a la seguridad alimentaria. Una gran mayoría de las personas que viven en las regiones del Sur y Sureste del país gana menos de un dólar por día y sufre una pobreza extrema. Más de 24.6% de las familias del medio rural, es decir 420,000 personas permanecen en inseguridad alimentaria, de las cuales el 12.9% en inseguridad severa y el 11.7% en inseguridad moderada (P.M.A). El número total de personas afectadas por la inseguridad alimentaria tanto a nivel urbano como rural alcanzó 700,000 personas en enero del 2012.

En ese contexto, que afecta a la mayor parte del país, incluida su capital y en especial a los barrios de EL MINA y RIADH, el Proyecto está totalmente alineado con las necesidades de la población beneficiaria. Cada mes se diagnostican en el ámbito de actuación del Proyecto (3 centros de salud y un puesto de salud) 50 nuevos casos de malnutrición moderada y 10 nuevos casos de malnutrición severa. Como es bien sabido, la malnutrición está asociada a un aumento considerable de la mortalidad infantil y a graves problemas en el desarrollo psicofísico. Sin embargo, la malnutrición no siempre es vista por la población beneficiaria como una prioridad, ni siquiera como un problema de salud. Esa misma visión parece que es compartida por ciertos profesionales que la consideran como un problema de poca envergadura, a pesar de que alguno de ellos tiene responsabilidades directas en la atención clínica de los niños malnutridos.

No obstante, la posición del Ministerio de Salud y concretamente del Sr. Ministro de Salud, de los responsables de la DRASS, Drs. con quienes el evaluador ha tenido la oportunidad de mantener entrevistas, es la de prestar un apoyo decidido a la lucha contra la malnutrición y un apoyo total al Proyecto que ejecutan TdhE y TdhMH.

Por otra parte, las políticas locales están nítidamente expresadas en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS). Las intervenciones sobre la nutrición están consideradas como un ámbito prioritario de intervención (PNDS punto 3.2.2.3) centrándose sobre 5 ejes esenciales: 1) lactancia materna y alimentación complementaria, 2) Aporte de micronutrientes, 3) Tratamiento de la Diarrea y control de parásitos, 4) Tratamiento de la malnutrición aguda severa y moderada y 5) Seguridad alimentaria en las familias. El Proyecto desarrolla actividades de mayor o menor profundidad en al menos 4 de estos ejes de acción.

2.- El Proyecto comenzó en enero de 2010 y permanece activo en la actualidad. El período a evaluar concluye en junio de 2012 (30 meses).

Al finalizar el año 2010, se propusieron algunas modificaciones a partir de la experiencia acumulada en ese periodo. Las modificaciones propuestas se referían a la duración del Proyecto que pasó de una temporalidad prevista de 18 meses a 30. La razón fundamental estriba en problemas relativos al contexto del país y en las dificultades existentes para introducir cambios de comportamientos en un plazo tan breve de tiempo.

Se hicieron además otro tipo de propuestas relativas a la composición del equipo que pasó de la idea de reclutar 6 personas a solamente 2 (jefe de proyecto y chofer), para evitar desmovilizar a los agentes de salud que venían colaborando en el proyecto (se decidió dar confianza, responsabilizar y favorecer la apropiación de las personas de la comunidad que ya estaban en el proyecto en lugar de contratar otras nuevas). También se fortaleció la capacidad de gestión del Proyecto con la incorporación de personal administrativo y contable. En tercer lugar se realizó una misión de intercambio para impulsar la creación de una unidad para promover la lactancia materna y, finalmente, se solicitó una reformulación de los objetivos específicos relativos a los resultados clínicos de recuperación de los casos atendidos, para adaptarlos a la realidad del terreno.

En el ámbito presupuestario se pidió eliminar algunas inversiones en materiales (paneles solares) de dudosa rentabilidad para destinar los recursos a actividades más relacionadas con

los aspectos asistenciales y con la propuesta de alargamiento del Proyecto. Estas enmiendas fueron aceptadas por la AACID y el proyecto se extendió hasta el 30 de junio de 2012.

Todo este proceso está bien documentado, tanto en el Informe de Avance de 2010 como en los anexos correspondientes. Desde el punto de vista del evaluador, la reformulación es un instrumento que ha permitido adaptar la gestión del proyecto a la realidad del terreno y ha posibilitado la adopción de nuevas estrategias de intervención de acuerdo a las circunstancias. En nuestra opinión, un elemento que tiene una especial repercusión para la sostenibilidad de los resultados, es la decisión tomada de contar con los agentes de salud, voluntarios/as que ya estaban comprometidos con el Proyecto y que gozan de la confianza de la Comunidad. Consideramos mucho más efectivo el compromiso de algunos miembros de la comunidad aunque sea necesario mejorar sus capacidades, que la contratación de personal ajeno a la comunidad.

A lo largo de todo el Proyecto ha sido necesario adaptar las estrategias y los recursos a las circunstancias cambiantes (Asignación de una parte de la población a la Moughataa de Riadh, nomadismo de una gran parte de la población, etc). El proceso de reprogramación y ejecución de las actividades del Proyecto parece haberse realizado con el consenso de todos los involucrados y ha permitido dar mayor profundidad al Proyecto.

Por esas razones entendemos que el Proyecto es totalmente Pertinente.

4.2. Eficacia

4.2.1. Componentes del Proceso de atención a la malnutrición

4.2.1.1. La Estrategia de Intervención de Tierra de Hombres

El diseño de esta intervención integra acciones de prevención y tratamiento de la malnutrición aguda a través de la implantación de un modelo de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI/PCIME). Para ello el Proyecto tiene como objetivo "*organizar y apoyar el acceso a la salud y a la prestación de servicios para los centros y puestos de salud de la comunidad de El Mina en Nouakchott, para de esta forma cambiar las actitudes y comportamientos de la población con respecto a la salud y la Malnutrición de los niño/as, incluyendo los relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva (LME)*".

4.2.1.2. La Sensibilización Comunitaria

El primer eslabón del proceso comienza con las actividades de sensibilización. Se trata de animar a la población a la asistencia al centro de salud para llevar a cabo un triaje sobre los problemas nutricionales y lograr un cierto nivel de adhesión de la población al sistema de salud. Terre des hommes Mauritanie tiene firmado un convenio con una "Asociación de Mediadores Comunitarios", cuya misión es contribuir a la mejora de la salud de las madres y niños, a partir de acciones de sensibilización llevadas a cabo por voluntarias /os pertenecientes a la comunidad, sobre la población de cada barrio.

Estas acciones se ejecutan por personas que gozan de la confianza de la población, realizando visitas casa por casa a familias para explicar las ventajas de acudir al centro de salud y al mismo tiempo para poner en evidencia la importancia que tienen sobre la salud del niño, la práctica de la lactancia materna y posteriormente la incorporación de una dieta equilibrada en nutrientes.

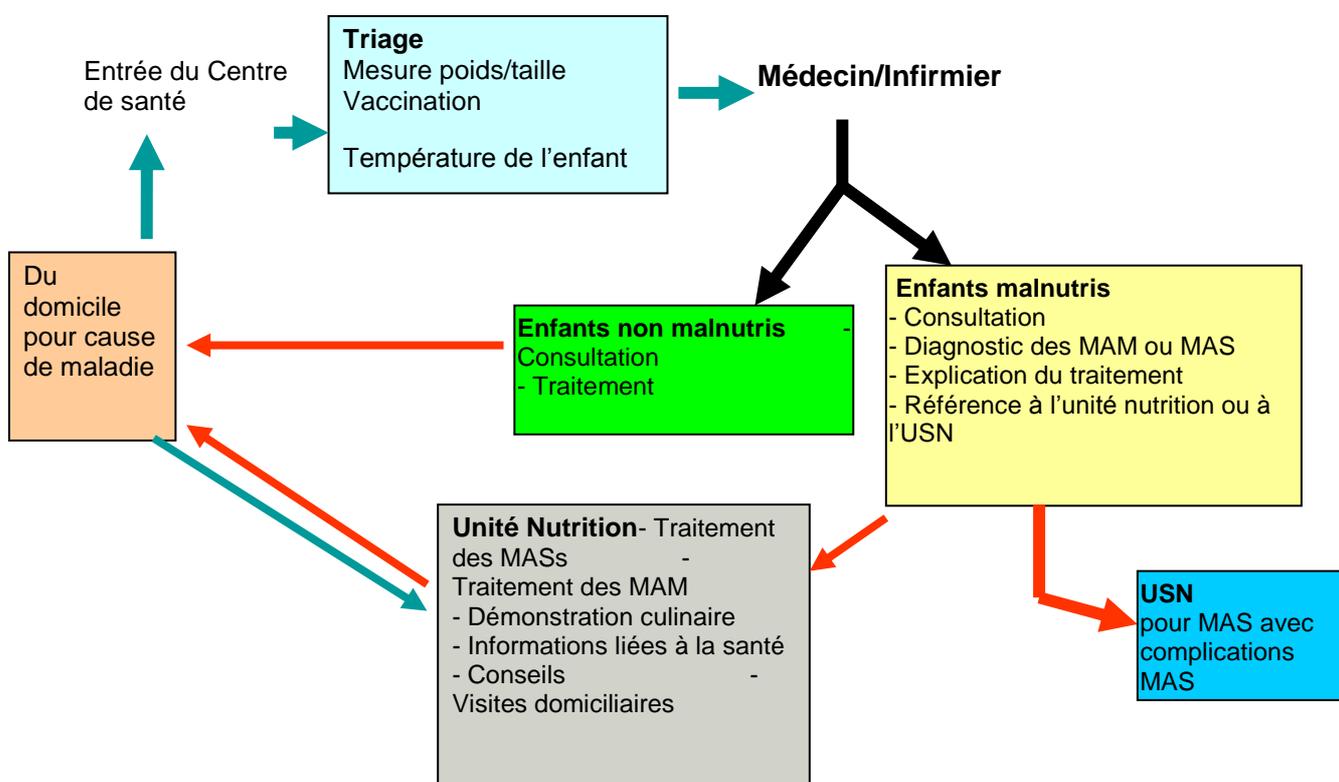
La estrategia que utilizan es que estas acciones de sensibilización y consejo son llevadas a cabo por personas conocidas en el barrio y respetadas por todos, lo cual permite contrarrestar en parte la influencia negativa que tienen las creencias de los mayores en las familias y algunas prácticas tradicionales.

La sensibilización comunitaria es, probablemente, el eslabón más importante de la cadena en la secuencia de acciones que se llevan a cabo sobre la malnutrición.

Este proceso, que como se ha dicho se lleva a cabo a través de personal voluntario, incentiva el recurso a la medicina oficial y es el elemento esencial que permite a los Centros de Salud tener una elevada frecuentación de madres y niños.

Con el fin de compensar en parte la dedicación del personal voluntario, el Programa abona mensualmente a cada uno/a la cantidad de 85 Euros en concepto de apoyo para transporte.

4.2.1.3. La atención en el Puesto o Centro de Salud



Anexo 18 TdH. Análisis de situación comunitaria

La atención a la malnutrición no está incluida expresamente en la cartera de servicios del Sistema de Salud Mauritano. La realidad es que la malnutrición, a pesar de que el Plan de Desarrollo Sanitario la incluye como uno de los principales problemas a combatir, ni la población ni muchos profesionales la perciben como un problema grave, a pesar del alto coste que tiene para el País en términos de morbi-mortalidad.

La fundación Tierra de Hombres trabaja específicamente sobre el problema en tres centros y un puesto de salud. En ellos complementa con personas voluntarias la función asistencial del personal de esos centros de salud. Se trabaja por tanto en coordinación con el personal del Sistema de Salud, complementando la cartera de servicios de dichos centros. La coordinación entre ambos estamentos es aparentemente buena. El sistema de atención seguido en todos ellos es idéntico y puede describirse de la siguiente manera:

Acogida en el Centro

Cuando llega un niño/a al puesto o centro de salud, pasa al espacio destinado para la comprobación del peso y talla. Realizadas estas tareas, el resultado es apuntado en un libro de registro en el que figuran además el nombre del niño y la fecha, procediéndose a continuación a verificar sobre una tabla si los resultados se corresponden a las cifras de referencia. Si los resultados no rebasan determinado porcentaje (75%-80%) la diferencia marca el grado de malnutrición y se aplica la terapia a seguir.

Al tratarse de niños menores de 4 años pensamos en casos de malnutrición aguda, la cual clasificamos en moderada y severa. Los casos de malnutrición moderada y severa sin complicaciones son seguidos en el propio centro de salud con las técnicas habituales (Pumpy-nut, etc). Los casos diagnosticados de malnutrición aguda severa con complicaciones (diagnosticados por la enfermera o el médico) son enviados a la USN (unidad de cuidados nutricionales) del Hospital Nacional.

Visita de enfermería

Todos los niños, tras la comprobación de su peso y talla, son remitidos a la enfermera, quien procede al examen del niño y en caso necesario, lo remite al médico para su valoración (Los médicos se dedican específicamente a la población adulta, salvo casos de gravedad de la población infantil).

Vacunación

Los niños que no han cumplido el calendario de vacunas son vacunados con carácter inmediato en ese momento si no presentan un síndrome febril u otras complicaciones.

Sesiones de información de lactancia materna

Tierra de hombres da soporte a la lactancia materna en dos centros, donde tiene un espacio de acogida y una persona, normalmente una voluntaria, para dar consejos a las madres sobre la lactancia materna. Además se realizó un acuerdo con la empresa de recogida de la basura de Pizzorno para beneficiar su recogida (material no orgánico y medico) posición que debe adoptar la madre, tiempo de lactancia, etc.

Demostraciones culinarias

Además de eso el programa realiza constantemente demostraciones culinarias a las madres para que aprendan a cocinar con alimentos completos, accesibles económicamente y también para que sepan encontrar productos adecuados en el mercado local.

Almuerzo semanal

Una vez por semana, el centro de salud organiza una comida para los niños diagnosticados de malnutrición moderada, con el objetivo de completar la dieta que reciben en sus casas. Con el mismo objetivo pero en un día diferente, se cita a los niños con malnutrición severa. Esta actividad se realiza todas las semanas del año.

4.2.1.4. El seguimiento del niño afectado de síndrome de malnutrición

El seguimiento del niño/a malnutrido es el eslabón débil de la cadena. Hay una tendencia a considerar por parte de algunos actores importantes del sistema de salud Mauritano, que la malnutrición es un hecho puntual que se resuelve en el momento en que se instaura un tratamiento y que con una visita médica queda resuelto el problema.

La realidad es mucho más compleja. Los factores que están al origen de la malnutrición son la disponibilidad de alimentos, el acceso a los mismos y el comportamiento alimentario (hábitos nutricionales). Dentro de éste último se integra la falta de ingesta de determinados micronutrientes.

De los factores enunciados, el acceso a los alimentos y el comportamiento alimentario son los que ocupan especialmente nuestra atención.

La falta de adherencia al tratamiento y particularmente la ausencia de seguimiento del niño/a es una de las causas principales del fracaso del tratamiento. Esta falta de continuidad es debida a:

- Falta de conocimiento del proceso de recuperación; La vuelta a la normalidad es considerada como un episodio que implica un tratamiento rápido y en el que se presupone la curación inmediata.
- La falta de estímulos que tiene la madre para llevar al niño a consulta provoca muchos abandonos, especialmente cuando no existe la percepción de que la malnutrición es un grave problema de Salud.
- La mayor parte de las madres que viven lejos del Centro de Salud (existen grandes distancias en EL MINA) no pueden pagar el desplazamiento en taxi para ir a la consulta y el seguimiento del niño malnutrido no puede ser llevado a cabo.
- La influencia negativa que tiene el entorno de la madre sobre ella y sobre el comportamiento alimentario del niño (abuelas, familiares próximos que mandan en el núcleo familiar y que quieren aplicar fórmulas tradicionales para la alimentación del niño).

Estos extremos han sido extraídos por el evaluador a partir de las conversaciones mantenidas con familias beneficiarias y con las voluntarias que trabajan en el Proyecto.

El seguimiento del niño malnutrido, por las razones expuestas, no está exento de dificultades y es un eslabón esencial en el éxito del tratamiento. Casi en términos absolutos podríamos asegurar que no hay curación si no hay seguimiento del caso.

Con el fin de estimular la fidelización de las madres a las sucesivas revisiones del niño con malnutrición, Tierra de Hombres desarrolla una práctica que consiste en proporcionar una ración "seca" de alimentos en el marco de cada visita de seguimiento, para que las madres puedan llevar algo a casa para alimentar al niño. De esta manera se estimula la presencia de la madre y el niño en las siguientes revisiones.

4.2.1.5. Las Estrategias avanzadas

A pesar de que el aumento de frecuentación de la población a los centros de salud es evidente, hay una parte importante de la población (madres con sus hijos, esencialmente) que no pueden acudir al centro de salud, bien por falta de información del dispositivo asistencial existente o porque el desplazamiento les resulta imposible por razones de distancia y precio del transporte.

La estrategia avanzada es una manera de mejorar la accesibilidad del Sistema de Salud para la población. Consiste en que, durante 2-3 días seguidos (usualmente en fines de semana para favorecer el acceso de la población), el equipo completo de personal sanitario del centro de salud se desplaza a los lugares más alejados de la Moughataa, zonas de aluvión de extrema pobreza. Ubicados en alguna estructura oficial, durante ese tiempo se atiende a toda la población que no tiene recursos para desplazarse al centro de salud. En Warf y KebbeLegreig, según consta en los registros, fueron vistos 1.100 niños y 300 adultos. En Riadh se atendió a 1.300 niños y 400 adultos. Las patologías más frecuentes halladas en la población infantil han sido paludismo, IRA, diarreas, parasitosis y dermatosis. La población adulta de mujeres está afectada con más frecuencia de anemias, infecciones pelvianas y esterilidad. La población masculina presenta cuadros clínicos de reumatismos, ITS, gastritis, afecciones bucodentales, hipertensión, etc.

En los 30 meses de duración del Proyecto se han realizado 5 acciones de estas características.

4.2.1.6. El tratamiento de la Malnutrición aguda severa con complicaciones

Los casos de niños diagnosticados de Malnutrición aguda severa con complicaciones (MASc) son remitidos directamente a la USN del Hospital Nacional para su tratamiento y recuperación. La USN es una Unidad destinada a estos efectos, adscrita al Departamento de Pediatría aunque con un funcionamiento autónomo. Tiene al frente a un médico y una dotación de personal auxiliar.

Su actividad en el período indicado fue la siguiente:

	2010		2011	
	Ingresados	Fallecidos	Ingresados	Fallecidos
Enero			19	3
Febrero			12	1
Marzo			12	2
Abril			8	3
Mayo			9	2
Junio	33	6	14	1
Julio	20	6	14	2
Agosto	25	4	17	2
Septiembre	51	8	25	7
Octubre	42	8	13	2
Noviembre	25	2	11	0
Diciembre	20	2	8	0
Promedio fallecidos	22,24 %		15.43%	

4.2.1.7.Principales Factores Causales del Problema

La falta de Coordinación Interinstitucional

Diversos intervinientes han puesto de manifiesto que la función del CSA de tomar bajo su cargo a los niños con Malnutrición Moderada no funciona correctamente. Los niños que llegan al Centro de Salud deberían ser enviados a los Centros de Rehabilitación Nutricional Ambulatorios para Malnutrición Moderada (CRENAM) dependientes del CSA. Desgraciadamente, al parecer estos centros no siempre están disponibles. La solución de colocar los alimentos en los Centros de Salud tampoco ha funcionado, según criterio de algunos informadores.

Estas informaciones no han podido ser constatadas directamente por el evaluador, pero en las visitas efectuadas a algunas familias beneficiarias del Programa, hemos podido constatar las graves carencias existentes de acceso a los alimentos que sufren algunos sectores de la población.

En síntesis, el problema de la Malnutrición tiene un componente importante de falta de acceso a los alimentos para algunos grupos de población, entre otras razones por falta de coordinación interinstitucional, lo que repercute considerablemente en el agravamiento del problema.

El Comportamiento alimentario

Tal como se ha dicho anteriormente, la falta de acceso a los alimentos no es la única causa de la malnutrición.

La ingesta de dietas pobres en principios esenciales, bajas en micronutrientes y/o desequilibradas, es decir, el comportamiento alimentario inadecuado es la causa de un número de casos de malnutrición. Ciertos hábitos tradicionales relacionados con la alimentación y la ausencia de percepción de la malnutrición como un problema de salud por parte de la población y de los profesionales, son factores de gran importancia que intervienen en la banalización del proceso. De hecho, la malnutrición se diagnostica generalmente con ocasión de una consulta por otra causa o cuando adquiere la categoría de MASc.

El Programa que ejecuta Tierra de Hombres tiene un especial impacto sobre el comportamiento alimentario de las madres respecto a la malnutrición de la población infantil.

En muchos casos el sistema de salud se limita a tratar únicamente el problema origen de la consulta u hospitalización, dando un tratamiento de choque y renunciando al seguimiento.

4.2.2. Valoración de la eficacia del Proceso (desde la sensibilización a la atención de la MASC)

La estrategia de ejecución del Proyecto de Promoción de la Salud Infantil en el distrito de El Mina reposa sobre una sola persona expatriada, la delegada de Terre des hommes Mauritanie, Marie- Jeanne Hautbois, a la que acompaña el jefe del Proyecto, Mamadou Djibi Dia, nutricionista de formación.

El resto de personal de sede de TdH está compuesto por personal local destinado a fortalecer la capacidad de gestión del Proyecto. La parte operativa del Proyecto, es decir, las personas que trabajan en el proceso de sensibilización y en los espacios destinados al área de nutrición de los centros o puestos de salud, son exclusivamente voluntarios/as, que lo hacen sin relación contractual con el Ministerio, coordinándose con el personal sanitario de cada centro de salud. El Proyecto recompensa a estos voluntarios con 85 Euros mensuales en concepto de apoyo para transporte.

1. La parte del proceso ligada a la sensibilización realiza estas tareas en materia de salud reproductiva, lactancia materna, nutrición y promoción de la vacunación y buenos hábitos alimentarios. Tal y como está organizado el sistema de sensibilización, estas actividades son realizadas por personas con credibilidad pertenecientes a la comunidad y podemos afirmar que el modelo de sensibilización es eficaz y obtiene muy buenos resultados.

Esta afirmación se sustenta en que la frecuentación, según describe el personal de los centros, ha ido aumentando progresivamente desde que empezaron estas acciones. Ha aumentado el nivel de confianza de la población en el sistema de salud.

El evaluador ha podido comprobar en cada uno de los centros que en todos ellos hay una demanda muy importante y que las actividades relacionadas con la nutrición se realizan diariamente sobre un número considerable de niños.

La aplicación de estrategias avanzadas consolida el proceso de sensibilización y abre nuevas oportunidades a grupos de población emplazados en lugares muy alejados que viven en situación de extrema pobreza.

2. La parte del proceso que comprende el cribaje sobre la población infantil malnutrida y el tratamiento de la malnutrición moderada o severa sin complicaciones se realiza correctamente.

En las visitas realizadas a los centros de salud hemos participado en el proceso de pesar, tallar y clasificar a los niños, realizado por los/as voluntarios/as y hemos comprobado que, en general se realiza con buen criterio, continuidad y solvencia. No se debe olvidar que estas personas, aunque han participado en algunas acciones formativas, tienen un nivel de formación muy básico.

Las demostraciones culinarias y los almuerzos semanales son pertinentes y coadyuvan al propósito general del Proyecto.

3. El seguimiento de los niños con malnutrición moderada o severa sin complicaciones, por las razones ya expuestas de lejanía, hábitos alimentarios tradicionales, etc, es probablemente la parte del proceso más difícil de mejorar. Un número importante de niños no se recuperan al no conseguir sus familias racionalizar el comportamiento alimentario. En este sentido, las medidas puestas en marcha para estimular la asistencia a las revisiones, como es proporcionar

alimentos a la madre (raciones secas) cuando lleva a su hijo al centro de salud, son medidas que han demostrado su eficacia y que vale la pena fortalecer.

4. En cuanto a la atención a la malnutrición aguda severa con complicaciones, cuando se diagnostica un caso se envía directamente a la USN del Hospital Nacional. En otro apartado de este informe se presentan la frecuentación y los resultados obtenidos por la USN en los años 2010 y 2011. No hemos podido disponer de los datos de los últimos meses de 2012, pero según testimonios de los principales involucrados, la calidad del proceso ha empeorado considerablemente a lo largo de este último año.

4.2.3. Estudio de los Resultados

Debido a la denominación posiblemente inadecuada de los conceptos de "Objetivo específico", "indicador previsto" y "línea final prevista", a esta última la denominaremos objetivo, a la línea actual de logro será el resultado obtenido y el % de logro será el nivel de cumplimiento del Objetivo. Hemos coloreado aquellos objetivos que nos han parecido especialmente útiles, no por el resultado obtenido, sino por la importancia de la información que transmiten.

Objetivo específico "Se ha mejorado la Salud y la Nutrición de los niños y niñas menores de 3 años en el Distrito de El Mina de Nouakchott",

Objetivo	Resultado	% de consecución
10.000 madres participarán en sesiones educativas de Salud	12.437	124%
25.000 niños serán monitoreados en los espacios nutrición de El Mina	41.630	166%
25.000 niños se han beneficiado de consultas en El Mina	49.812	199%

Respecto al Objetivo específico "Se ha mejorado la Salud y la Nutrición de los niños y niñas menores de 3 años en el Distrito de El Mina de Nouakchott", es evidente que, a nivel de cobertura y frecuentación poblacional de las consultas de los centros de salud, los objetivos han sido alcanzados y superados ampliamente. Aún cuando con la información disponible no sea posible medir los efectos reales del Proyecto, las acciones de monitoreo del nivel nutricional con el tratamiento subsiguiente y el número de consultas médicas realizadas, deben tener un efecto innegable sobre la salud de la población infantil y suponen una respuesta específica y adecuada al problema que no deja lugar a dudas sobre su eficacia.

RESULTADO 1 : Los niños y niñas del distrito de El Mina que padecen malnutrición aguda han recibido atenciones médicas adecuadas y se han recuperado de forma satisfactoria, en los centros de salud (CS) los que padecen Malnutrición Aguda Moderada (MAM) y en los CREN ambulatorios (CRENAS) los que padecen Malnutrición Aguda Severa simple (MASs)

Objetivo	Resultado	% de consecución
Se diagnosticarán 215 niños de Malnutrición Aguda Severa en los Centros de El Mina	265	123%
320 niños con MASS serán enviados a los CRENAS	208	65%
800 niños diagnosticados de MASc serán atendidos en la USN	592	74%

El objetivo de diagnosticar 215 casos de niños con MAS suponemos que parte de una previsión de la prevalencia de la malnutrición severa que posiblemente ha infravalorado el problema en su inicio. Si observamos la evolución de los diagnósticos en los años 2010 (171 casos), 2011(58 casos) y 2012 (36 casos en el primer semestre), es posible que pueda interpretarse que las acciones de sensibilización llevadas a cabo en El Mina en 2010 han rebajado la prevalencia de la malnutrición severa en el distrito en 2011, pero también puede deberse a que se está actuando siempre sobre los mismos grupos de población, descuidando otros con mayores dificultades de acceso. Con la información que tenemos no nos resulta posible extender más el análisis.

Respecto a los objetivos que establecen el número de niños que serán enviados a los CRENAS o a la USN, los resultados pueden ser debidos a que el sistema de referencia no funcione adecuadamente o a que los objetivos estén sobreestimando los casos esperados y sea preciso revisar los objetivos a la baja. Estos objetivos tienen carácter instrumental y lo que posiblemente miden en todo caso es la capacidad de movilización que tienen las acciones de sensibilización para lograr enviar a cada nivel de atención a un número mínimo de niños con malnutrición.

Objetivo	Resultado	% de consecución
Los C S de El Mina han detectado o recibido 1.600 MAM	1.294	81%
La tasa de Recuperación de la MAM será superior al 75%	39,8%	53%
La tasa de recuperación de la MASs de los casos atendidos en los CRENAS será superior al 75%	54,2	72,3%

Los Objetivos y resultados contenidos en esta tabla proporcionan una información extraordinariamente importante y señalan el camino a seguir para mejorar la eficacia de las acciones del Proyecto. Nos encontramos con un Proyecto pertinente, con un proceso de atención compuesto por actividades en términos generales bien definidas y ejecutadas, pero que presenta algunas debilidades en algún eslabón del mismo.

La cuestión que se plantea es determinar si un proceso de atención bien diseñado puede obtener malos resultados clínicos, como ocurre en este caso.

En el objetivo de "Tasa de recuperación de la MAM", el porcentaje de recuperación señalado (39,8 %) es el promedio de todo el proyecto. Sin embargo, si analizamos la secuencia de resultados de los 3 años (tabla...) observamos que los resultados han ido mejorando año tras año (33,8% en 2010, 39 % en 2011 y 46,5% en 2011). Podríamos afirmar que la eficacia en relación a los resultados de la recuperación de la MAM es baja, pero se ha generado una tendencia de mejora al alza que permite confiar en lo que se está haciendo. No obstante resulta imperativo revisar algunos eslabones del proceso.

En cuanto al porcentaje de recuperación de la MASs, los resultados siguen siendo malos pero también mantienen una tendencia a la mejora en los 3 años del proyecto (52,8 % en 2010, 53% en 2011 y 56,8% en 2012).

En ambos casos los resultados están muy por debajo del objetivo. En el objetivo de recuperación de la MAM, hay factores que suponen un obstáculo importante y que han sido evocados en otro apartado de este informe. Tienen relación con las dificultades de realizar un seguimiento apropiado de los casos; falta de revisiones de los niños por problemas de acceso a los centros de salud, una parte muy importante de la población de El Mina ha sido realojada en Riadh, con lo que se ha perdido el seguimiento de una gran cantidad de niños. También hay un factor que tiene relación con el acceso a los alimentos y la presencia de gran número de actores con responsabilidades en el problema de la malnutrición y que actúan descoordinadamente.

En nuestra opinión, es preciso fortalecer el componente del Proyecto relacionado con el seguimiento del niño con MAM y MASs, lo que posiblemente mejorará la eficacia del conjunto de actividades y los resultados.

RESULTADO 2: Los niños y niñas del distrito de El Mina que padecen malnutrición aguda Severa complicada (MASc) han recibido atenciones médicas adecuadas y se han recuperado de forma satisfactoria en la USN.

Objetivo	Resultado	% de consecución
La tasa de recuperación de la MASC de los casos atendidos en la USN será superior al 75%	73,5 %	98%

Resulta paradójico que el resultado obtenido en los casos atendidos en la USN esté muy próximo al que se marcaba en el Objetivo (73,5% de resultado frente al 75% de objetivo), cuando la apreciación evaluativa obtenida tras la visita del evaluador a la Unidad y dos entrevistas con los responsables de la USN y del Servicio de Pediatría apuntan en sentido contrario. El evaluador se personó en la USN en dos ocasiones, la primera para hablar con el médico responsable de la Unidad y la segunda para mantener una entrevista con el jefe del departamento de Pediatría. La Unidad tenía un solo niño ingresado y un enfermero o auxiliar por toda dotación, aunque al parecer puede movilizarse más personal en función de las circunstancias.

Como resultado de las conversaciones mantenidas con el jefe del departamento de Pediatría y con el médico responsable de la Unidad, así como de la observación de las condiciones de ingreso y la calidad del proceso, el evaluador considera que la hospitalización en esa unidad de un niño malnutrido con complicaciones, no ofrece ninguna garantía ya que hay una carencia absoluta de medios y de actitud para cambiar la situación.

La atención al niño con malnutrición severa con complicaciones requiere de la disponibilidad de una serie de condiciones de carácter técnico y de la existencia de un modelo organizativo profesional de la unidad, unos RR.HH capacitados y sobre todo, una verdadera implicación de todos los profesionales, circunstancias que no parece se den en este caso.

Si se pretende mejorar la calidad del proceso y los resultados asistenciales de los niños con MASc, el evaluador desaconseja totalmente el envío de pacientes a esa Unidad y propone la búsqueda de alternativas en otro hospital o centro sanitario.

RESULTADO 3: Se ha mejorado la salud de los menores del Distrito de El Mina mediante una atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

Objetivo	Resultado	% de consecución
45.000 episodios de enfermedades prevalentes de la infancia se han tratado con una atención integrada de calidad	49.812	110%
A través de una AIEPI comunitaria de calidad se ha ofrecido a 8.287 menores 7 prestaciones de calidad para la protección de su salud 1.Dialogos/Charlas 2.Cinco Estrategias avanzadas	8.287	1: 73% (solo menores) 2: 97% (menores y adultos) No previsto

Estos objetivos son esencialmente de actividad. El primero de ellos ha sido cumplido ampliamente, aunque sería preciso profundizar en el concepto de "atención integrada de calidad" ya que, probablemente, el concepto de atención integrada implica únicamente una exploración general del niño por aparatos. En todo caso, la actividad prevista se ha sobrepasado con amplitud y el objetivo cuantitativo se ha cumplido.

Merece la pena resaltar el efecto que tienen las llamadas estrategias avanzadas, que suponen un verdadero paso adelante en el camino de mejorar la accesibilidad de la población más vulnerable al sistema de salud.

4.3. Eficiencia

El Proyecto ha tenido un Presupuesto de 356.895,94 Euros, de los cuales 285.000 han sido financiados por la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo (AACID).

PRESUPUESTO MODIFICADO POR PARTIDAS Y FINANCIADORES					
PARTIDAS	AACID	ONGD	Contraparte	Otras Instituciones	PPTO. TOTAL
A.I. Terrenos:					
A.II. Construcción:	39.166,67 €	10.000,00 €			49.166,67 €
A.III.1. Equipos:	27.072,22 €		480,41 €		27.552,63 €
A.III.2 Suministros:	48.694,85 €		8.428,28 €		57.123,13 €
A.IV. Personal local:	69.939,16 €		31.180,41 €		101.119,57 €
A.V. Personal expatriado:	0,00 €				0,00 €
A.VI. Viajes y estancias:	43.512,72 €	8.048,00 €	8.030,50 €		59.591,22 €
A.VII. Funcionamiento:	24.113,99 €		5.728,73 €		29.842,72 €
A.VIII. Fondo rotativo:	0,00 €				0,00 €
A.IX. Gtos. identificación:	0,00 €				0,00 €
A.X. Gtos. evaluación:	6.000,00 €				6.000,00 €
A. Total Costes Directos:	258.499,61 €	18.048,00 €	53.848,33 €		330.395,94 €
B. Total Costes Indirectos:	26.500,00 €				26.500,00 €
TOTAL:	284.999,61 €	18.048,00 €	53.848,33 €	0,00 €	356.895,94 €

Para el equipo evaluador, no caben dudas sobre la eficiencia del Proyecto. El equipo de Tierra de Hombres y sus socios locales han conseguido obtener un gran rendimiento de actividad y resultados a una cantidad relativamente pequeña de dinero. Analizando el desglose presupuestario encontramos que el 13,78% de la cantidad total se ha empleado en reformas y construcciones y que otro 7,72% se ha utilizado en la compra de equipos. La partida más importante, un 28,33% se ha empleado en el pago de salarios o dietas al personal local.

No hay más comentarios a realizar sobre este punto, salvo que la partida correspondiente a viajes y estancias parece algo elevada (16,70%) si la comparamos con otras de mayor

importancia como es la de gastos de funcionamiento, que solamente supone el 8,36 % del total. En todo caso hay que considerar que las cantidades que se abonan mensualmente a los voluntarios/as de los centros de salud están incluidas en esta partida.

Esta reflexión nos lleva a considerar que la falta de personal sanitario en el "core" del proyecto obliga a utilizar con frecuencia asesores médicos que, aunque pertenecen a la Organización TdH, deben desplazarse a Nouakchott para revisar los criterios de trabajo y esto puede suponer un coste suplementario.

Esta falta de personal sanitario integrado en el Proyecto constituye a nuestro juicio una debilidad, porque la realidad pone de manifiesto que para la toma de muchas decisiones en un Proyecto de Salud, hay que recurrir al criterio médico.

El cronograma de actividades (figura en anexo) ha sido el adecuado para la buena marcha del Proyecto. Por otra parte, a final de 2010 cuando se conocieron con mayor precisión las características del entorno, se hizo una reformulación de objetivos que implica una flexibilización de la estrategia inicial.

En síntesis, el equipo evaluador considera que la relación existente entre las actividades ejecutadas (con sus evidentes logros) y el coste al que se han realizado, permite afirmar que el Proyecto se ha conducido de manera muy eficiente.

4.4. Viabilidad/ Sostenibilidad

1. Uno de los retos que plantean este tipo de Proyectos es asegurar la continuidad de las actividades una vez que finaliza la ayuda exterior.

El Proyecto se ha planteado de acuerdo a la estrategia que al parecer, utiliza la mayoría de las veces la ONG "Tierra de Hombres"; Una sola persona expatriada, ejecución de las actividades con personal local, incluido el jefe del Proyecto y las asistencias técnicas complementarias realizadas por personal de la Organización establecido en la Región.

La asunción de responsabilidades por parte del personal local a lo largo del Proyecto conlleva necesariamente un trasvase de capacidades y un intercambio de experiencias de gran utilidad para todas las partes. En este caso se ha establecido un proceso de trabajo que es soportado en su totalidad por personal local. El problema es que la mayoría de ellos son voluntarios, es decir, personas no vinculadas por ningún mecanismo contractual al Ministerio de Salud, y cuya estabilidad "laboral" depende exclusivamente de que no tengan otra oportunidad profesional de mayor alcance. Se trata de personas de la comunidad que han recibido una formación y/o reciclaje de conocimientos para desempeñar las funciones de sensibilización, cribado de la malnutrición, seguimiento comunitario, etc y que tienen un alto sentido de la responsabilidad y un gran compromiso con sus vecinos. Además de ello, por lo que hemos podido observar, desempeñan la actividad muy correctamente.

Por una parte, el hecho de que la mayoría de las acciones sean efectuadas por personal local ya capacitado es una garantía de sostenibilidad del proyecto en un futuro, porque se está haciendo una buena transferencia de conocimientos y ese capital va a quedar en las personas. Pero por otra parte, la sostenibilidad del Proyecto pasa, entre otras cosas, porque la administración sanitaria reconozca a estas personas como agentes de salud y los incluya dentro de sus efectivos. En lo que hace referencia al jefe del Proyecto, a nuestro juicio tiene todas las capacidades y el nivel de implicación necesario para garantizar la sostenibilidad técnica del mismo.

La sostenibilidad del Proyecto pasa, por tanto, porque el Sistema de Salud integre plenamente en la cartera de servicios de los Centros de Salud todo el proceso de sensibilización, triaje y tratamiento de la Malnutrición, para lo cual debería incorporar a los voluntarios a la nómina ministerial como agentes de salud.

2. El papel de TdH en el Proyecto ha tenido como consecuencias, de una parte el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud y, de otra parte, ha permitido crear sinergias de trabajo muy positivas con otras Organizaciones que trabajan de forma complementaria, como Médicos del Mundo o Unicef.

La delegada de TdH y el Jefe del Proyecto trabajan en plena sintonía con los responsables del Ministerio de Salud y los representantes de las Organizaciones Internacionales, tal y como el evaluador ha podido comprobar en las entrevistas mantenidas con todos ellos. Se han firmado varios convenios de colaboración y se mantiene un alto nivel de relación con el Director General de Salud de Base y Nutrición del Ministerio de Salud y con los Médicos Jefes del Distrito Sanitario de El Mina, así como con el jefe de Servicio de Nutrición del Ministerio de Salud. Igualmente el Sr Ministro de Salud conoce ampliamente y valora las iniciativas llevadas a cabo por el Proyecto, considerándolo como una de las acciones más relevantes que se hacen en Nouakchott en el ámbito de la malnutrición.

4.5. Impacto

En términos generales el Proyecto ha producido impactos importantes de diferentes clases.

Impacto en el nivel educativo de la población general

1. Las labores de sensibilización tienen impacto en los hábitos dietéticos de la población y en el comportamiento alimentario en general. Aunque es cierto que hay que considerar que la modificación de ciertos hábitos alimentarios es un proceso que va mucho más allá de 30 meses, la labor efectuada en El Mina es sumamente valiosa. El trabajo de los voluntarios, a pesar de su escaso número, ha conseguido aumentar la frecuentación a los centros de salud en número muy importante a pesar de las dificultades de accesibilidad existentes. Ya hay un cierto número de madres que reconocen la malnutrición como un problema y acuden espontáneamente al centro de salud. Las demostraciones culinarias y los consejos sobre lactancia materna que se dan en los centros de salud tienen audiencia y se traducen en que las dietas en las familias intentan ser más equilibradas (según la disponibilidad de alimentos) y bastantes madres empiezan a entender la necesidad de aplicar la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida de sus hijos. En cualquier caso, estamos hablando de un proceso que requiere continuidad y mayores esfuerzos de extensión.

El Proyecto utiliza estrategias alineadas a los objetivos y prioridades del sistema de salud. Un ejemplo de ello es el fortalecimiento que se ha conseguido de la acción comunitaria. La acción que se realiza puerta a puerta de información, de sensibilización y de compartir experiencias genera impactos posiblemente no previstos de solidaridad entre la población que se traducen en una confianza y una actitud positiva hacia la medicina oficial.

Impacto sobre las capacidades de los profesionales

El Proyecto ha generado un aumento de capacidades, tanto en las personas que podrían conducir el proyecto en un futuro como en el personal voluntario que trabaja en el Proyecto, lo que juega a favor de la sostenibilidad del Proyecto. De cualquier manera el trabajo de capacitación debe ser un proceso de mejora continua, de forma que se garantice en lo posible

la calidad del proceso.

impacto en la salud de la población infantil

Solamente en el Centro de Salud de El Mina se atienden mensualmente unos 300 niños, entre los que se diagnostican alrededor de 15 niños con Malnutrición Moderada y 3 con Malnutrición severa, lo que representa un 4% y un 1% aproximadamente. Esas cifras se traducen en que 180 niños con malnutrición moderada y 36 con malnutrición severa son diagnosticados y tratados en un año en un solo centro. Las cifras son similares en todos los centros y puestos de salud. Si, como se ha expresado en otro apartado de este informe, los porcentajes de recuperación de la MAM están en torno al 40%, quiere decir que más de 86 niños de cada centro de salud se están recuperando gracias a que el Proyecto existe. Si el Proyecto no existiera, no es posible imaginar cual sería la suerte de la mayoría de ellos pero lo lógico es concluir que a corto plazo la morbilidad de ese grupo de población infantil sería mucho mayor.

Por otra parte la utilización de estrategias avanzadas (5 en total) ha posibilitado que más de 5.000 personas hayan tenido acceso a consultas médicas y a tratamientos farmacéuticos.

impacto en la mejora de estructuras sanitarias

El Proyecto ha destinado más de 76.000 Euros a la rehabilitación de estructuras y arreglo de pabellones que estaban en una situación de deterioro total, permitiendo el acceso al agua y su saneamiento, fontanería, reparación de sanitarios, pintura, etc en el Centro de Salud de El Mina. Estas acciones han sido realizadas conjuntamente con Médicos del Mundo. A partir de estas inversiones se han habilitado espacios de nutrición y se han completado algunos equipamientos (balanzas, material de cocina, etc)

impacto medioambiental

En abril de 2012 se acabó la construcción de un incinerador en el centro de Salud Mère-Enfant para ser utilizado por todas las estructuras sanitarias en toda la Moughataa. El objetivo era mejorar la gestión de los residuos biológicos del distrito, lo que hasta ese momento no era posible. Esta acción ha sido acompañada por el establecimiento de un sistema de triaje y clasificación de residuos y una serie de sesiones de formación para el personal que debe responsabilizarse de dicha estructura. Además se realizó un acuerdo con la empresa de recogida de la basura de Pizzorno para beneficiar su recogida (material no orgánico y medico)

4.6. Apropiación y Participación

La participación de los socios locales ha sido constante a lo largo de todo el Proyecto. Tras la fase de Planificación estratégica se inició una fase de colaboración con las autoridades locales sobre la base de la firma de acuerdos con el Ministerio de Salud, la DRAS, la autoridad sanitaria de la Moughataa, el Hospital Nacional y una asociación de voluntarios. En diciembre de 2011 se realizó una supervisión conjunta del proyecto sobre las 4 estructuras, participando, desde el lado de las autoridades locales, el Jefe del Servicio de Nutrición del Ministerio, el Director adjunto de la DRAS, la delegada de Tdh Mauritanie y el director del Proyecto de Tdh Mauritanie. Se realizó una reflexión conjunta y una visita a todos los centros, llegando a acuerdos sobre nuevas acciones a emprender y corrección de las áreas que debían ser mejoradas.

Existe una buena apropiación por parte de la dirección del Proyecto y del personal en todos los estadios del proceso desde la fase de sensibilización a la de tratamiento de la Malnutrición

Moderada, con una correcta implicación de los agentes intervinientes, personal voluntario y personal asistencial del Ministerio de Salud. Los instrumentos y canales de participación utilizados parecen haber dado buenos resultados.

No ha habido una participación ni una implicación adecuadas en el tratamiento de la malnutrición severa con complicaciones, al menos en la última fase del Proyecto.

4.7. Coherencia

La propuesta está plenamente integrada con la Política Nacional y las prioridades marcadas en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2020. Las estrategias utilizadas han sido acordadas con el Ministerio de Salud con plena participación y discusión del estado de situación y alternativas de acción. Por otra parte, ha habido, a lo largo de todo el Proyecto, un diálogo fluido con otras Organizaciones que trabajan en Proyectos complementarios, como es el caso de UNICEF o la AECID. Podemos citar como ejemplo el caso de la colaboración permanente que se ha llevado a cabo con Médicos del Mundo, especialmente en la tarea de diseñar y validar las necesidades de rehabilitación de nuevas estructuras de salud.

Más allá de las dudas que pudiesen surgir sobre el diseño de la Evaluación, los mayores reparos que le surgen al evaluador tienen relación con el sistema de monitoreo y especialmente con la formulación de los Objetivos del Proyecto. Estos reparos son de dos clases, desde una perspectiva conceptual y desde el punto de vista de la pertinencia de los mismos.

En nuestra opinión, existe confusión conceptual en la definición de objetivo, indicador, línea final prevista y % de logro. Sugerimos una formulación más clara de todos ellos. Entendemos que se pretende seguir la dinámica que establece el marco lógico y en este sentido el Objetivo general está más o menos claro, pero el objetivo específico es demasiado ambiguo y no puede medirse su cumplimiento. Algunos de los indicadores utilizados para medir el objetivo específico son indicadores de proceso y no miden realmente el cumplimiento del objetivo específico. Está claro que lo denominado como "línea actual de logro" son los resultados obtenidos medidos a través de indicadores.

No hemos entendido lo que se pretende medir en el indicador I.O.V.R.1.1. Otros indicadores, como el I.O.V.R.1.2, el I.O.V.R.1.3, el I.O.V.R.1.4 y el I.O.V.R.2.1, son, a nuestro entender, objetivos específicos. Para medir el resultado el indicador se construiría con un numerador en el que figurarían los casos ocurridos, el denominador sería la población total implicada y la fracción debería ser multiplicada por 100. Estos últimos nos parecen muy pertinentes porque miden directamente la eficacia/efectividad del Proyecto.

Respecto a la pertinencia de los objetivos (llamados aquí indicadores), pensamos que puede ser útil para el futuro realizar una reflexión sobre los mismos, en un doble sentido; en primer lugar, tratar de alinearlos en lo posible con los del PNDS 2012-2020. Ello no ha sido posible hasta ahora porque el documento del PNDS es posterior a la formulación que hizo TdH en 2010. En segundo lugar, sería útil simplificarlos en lo posible, medir más aspectos del proyecto y orientarlos lo más posible a resultados.

5. Conclusiones

Conclusiones sobre Pertinencia

El Proyecto es totalmente pertinente en relación a las necesidades de salud de los beneficiarios y está perfectamente alineado con las estrategias y Políticas de Salud establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012/2020

Conclusiones sobre Eficacia

- El Proceso de sensibilización de la población y las actividades de atención a la malnutrición moderada y a la malnutrición severa sin complicaciones se realizan correctamente, con un personal motivado y con efectividad.
- No se alcanzan los objetivos establecidos y los resultados en ambas no son suficientes, a pesar que hay una evolución positiva a lo largo del Proyecto
- El proceso de atención a la malnutrición severa con complicaciones que se realiza en la USN no ofrece garantías para los niños, por falta de recursos e implicación de los responsables. Los resultados son mediocres y existen pocas expectativas de futuro.
- Aunque los resultados en el R2 sean muy mejorables, el conjunto de acciones que el Proyecto ejecuta y la mejora de accesibilidad a la Salud que se está dando a una población muy vulnerable, invitan a pensar que el Proyecto discurre por el buen camino, que necesita tiempo y que globalmente es eficaz.
- Las principales áreas de mejora para alcanzar los objetivos están situadas en el ***seguimiento del niño malnutrido y en la búsqueda de alternativas para la atención de la malnutrición severa con complicaciones***

Conclusiones sobre Eficiencia

Con Costes sumamente razonables, se ha desarrollado una gran actividad con un impacto considerable sobre el comportamiento alimentario de los beneficiarios y sobre el nivel de salud de grupos de población infantil a riesgo. Estos beneficios no se hubiesen obtenido si el Proyecto no hubiese sido ejecutado

El Proyecto puede calificarse como muy eficiente.

La coordinación Institucional existente ha posibilitado establecer una reflexión conjunta y establecer cambios de estrategia en ciertos momentos del cronograma.

Conclusiones sobre Viabilidad

Dadas las características de la población, el proyecto no puede plantear mecanismos de recuperación de costes y la sostenibilidad financiera quedará a expensas de las capacidades de la ayuda internacional, al menos en algunos componentes. No obstante hay que recordar en este apartado que el equipo evaluador considera que el Proyecto se conduce de forma muy eficiente.

El hecho de que la mayoría de las actividades sean ejecutadas por personal local es una garantía de sostenibilidad, puesto que se produce la necesaria transferencia de capacidades y metodologías a estas personas, que podrán en su momento asumir por sí mismas la acción.

El enfoque comunitario del Proyecto es otro factor que juega en beneficio de la viabilidad de las acciones.

En contrapartida, el hecho de que casi todo el personal local sean voluntarios/as es un factor que afecta negativamente a la sostenibilidad y sería conveniente su inclusión en las plantillas del Ministerio de Salud

Conclusiones sobre Impacto

La evaluación de impacto tiene el objeto de determinar si un programa o Proyecto produjo los efectos deseados en las personas e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa.

En líneas generales el Proyecto de Salud/ Nutrición de TdH ha producido impactos positivos sobre los beneficiarios. Además de lograr alcanzar los resultados esperados en un porcentaje elevado de acciones, también se han generado otros efectos positivos:

- Creación de una relación de cooperación con los actores clave del sector Salud en Mauritania, en particular Ministerio de Salud, Médicos del Mundo y Unicef.
- Sensibilización de una parte de la población sobre el problema de la malnutrición.
- Sensibilización de los profesionales sanitarios que han recibido formación de la necesidad de continuar en esa línea de mejora.
- Impactos favorables en el comportamiento alimentario de la Población.
- Aumento de las capacidades del personal local, lo que favorece la sostenibilidad del Proyecto.
- Impactos evidentes en la mejora de la salud de la población infantil con desnutrición. Como mínimo, más de 85 niños de cada centro de salud en los que está implantado el Proyecto se han recuperado de su malnutrición gracias a que el Proyecto existe.
- Impacto en la mejora de las estructuras de los centros de salud de El Mina y Mère-Enfant y mejora de la situación medioambiental por incineración de residuos.

Conclusiones sobre Apropiación y Participación

Existe una buena apropiación por parte de la dirección del Proyecto y del personal en todos los estadios del proceso desde la fase de sensibilización a la de tratamiento de la Malnutrición Moderada, con una correcta implicación de los agentes intervinientes, personal voluntario y personal asistencial del Ministerio de Salud.

La participación de los socios locales ha sido constante a lo largo de todo el Proyecto. Se han realizado supervisiones conjuntas sobre la marcha del proyecto y se ha demostrado que el trabajo conjunto con las autoridades y la contraparte local favorecen la implantación del proyecto y mejoran los resultados.

El peso del proyecto gravita sobre el personal local, exceptuando a la Delegada de Terre des hommes Mauritanie. La apropiación de conocimientos, capacidades y metodologías es inherente al trabajo diario del personal de terreno, que son los que realizan la práctica totalidad de tareas relacionadas con el proceso de identificación y tratamiento de la malnutrición infantil

Conclusiones sobre la Coherencia de la Intervención

La propuesta está plenamente integrada con la Política Nacional y las prioridades marcadas en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2020. Las estrategias utilizadas han sido acordadas con el Ministerio de Salud con plena participación y discusión del estado de situación y alternativas de acción. Por otra parte, ha habido, a lo largo de todo el Proyecto, un diálogo fluido con otras Organizaciones que trabajan en Proyectos complementarios, como es el caso de UNICEF o la AECID.

Respecto al monitoreo de la intervención, sugerimos una formulación más precisa de los objetivos e indicadores, establecer nuevos indicadores de resultado que estén alineados con el sistema de información del PNDS y monitorizar el seguimiento del niño con malnutrición hasta su curación efectiva.

Este Resultado aumentaría considerablemente el coste del proyecto. La alternativa sería realizar un trabajo de incidencia política de alto nivel para que las autoridades del Min. de Salud destinen fondos para este fin. Sin embargo, conociendo bien la realidad presupuestaria de este Ministerio, lo podríamos interpretar como un objetivo de medio plazo a realizar en consorcio con los demás actores

6. Lecciones aprendidas

La estrategia de sensibilización llevada a cabo por el Proyecto Salud/Nutrición de Tierra de Hombres ha tenido, entre otros, un impacto positivo sobre el aumento de frecuentación de la población a los centros de salud. Ello ha sido debido principalmente a que la intervención sobre la Comunidad ha sido llevada a cabo por miembros de la propia comunidad que han generado confianza en la intervención y han permitido superar en algunos casos ciertas influencias negativas de la medicina tradicional.

El mismo principio rige para el resto de actividades del proceso. Las actividades llevadas a cabo por miembros de la Comunidad generan confianza a la población en mayor medida que si son realizadas por otro tipo de personal.

En el Proyecto Salud/Nutrición de Tierra de Hombres han funcionado adecuadamente todas las actividades y estructuras que estaban bajo el control de la Dirección del Proyecto. Aquellas que mantienen un funcionamiento autónomo independiente del control del Proyecto han tenido un comportamiento variable y al final muy poca implicación con el Proyecto.

El tratamiento de la malnutrición severa con complicaciones se ha confiado a una unidad clínica (USN) del hospital Nacional que tiene a su cargo una gran responsabilidad sobre los resultados asistenciales y sin embargo el Proyecto no tiene ninguna influencia sobre el buen o mal funcionamiento de esa unidad.

Esta experiencia debe ser tenida en cuenta para que el próximo convenio que se realice con otro hospital posibilite a TdH tener una mayor responsabilidad en el control de la atención a los niños ingresados por MASC. En ese sentido el ideal es que la intervención se realice sobre todos los componentes del Proyecto, favoreciendo la coordinación y complementariedad (consorcios) con actores igualmente especializados como por ejemplo MdM, en vista de lograr un mayor resultado e impacto sobre las debilidades identificadas.

La dispersión de responsabilidades entre Ministerios en el caso de la Malnutrición provoca ineficiencias y agrava los problemas de base. No parece buena idea sacar el tratamiento de la malnutrición moderada del ámbito sanitario al marco comunitario, que al parecer presenta graves deficiencias en cuanto a su funcionamiento, por la competencia que se establece entre las diferentes organizaciones comunitarias para el acceso a los alimentos.

En ocasiones se presentan divergencias entre la realidad que se muestra a la observación y los datos que proporciona la estadística. Este es el caso en el que nos encontramos; un buen proceso de atención en los centros de salud genera resultados mediocres. Un mal proceso de atención en el hospital da resultados próximos al cumplimiento del objetivo. En estos casos se impone una reflexión y un análisis sobre la calidad de nuestros procesos.

7. Recomendaciones

7.1. La Continuidad del Proyecto y su ampliación a la acción social de Protección a la Infancia

Mauritania es un país con una situación sanitaria muy precaria y con grandes necesidades de apoyo en el área de la Salud. La lucha contra la malnutrición es una de las prioridades de acción sobre las que hay un consenso de todas las Organizaciones. La continuidad del Proyecto fortalecerá la eficacia de las actividades realizadas, mejorará la eficiencia de las mismas y haría más sostenibles los logros alcanzados. Por otra parte, la situación de vulnerabilidad de la infancia es tan grave que sería oportuno introducir un sistema complementario de apoyo social de protección infantil para dar soporte a las familias más vulnerables.

Argumentos a favor de la continuidad el Programa:

- Existe un plan definido en cuanto a las prioridades estratégicas del sector Salud en Mauritania (PNDS).
- La malnutrición es un problema declarado con un impacto negativo muy elevado sobre la población infantil.
- Se ha creado una estructura y un modelo de trabajo que pueden ser replicados con garantías de que funciona, con independencia de que deban reformularse algunos aspectos.
- Las actividades del Proyecto han producido impactos positivos.
- Se goza de la confianza del gobierno.
- Las áreas en las que la Cooperación puede intervenir están bien definidas y son complementarias a lo que hacen otros donantes. Únicamente se requeriría un cierto replanteamiento del Proyecto.

7.2. Fortalecer las tareas de sensibilización

El aumento de frecuentación de la población a los centros de salud ha demostrado la importancia de impulsar la sensibilización de la población con el mismo método que se está utilizando, es decir, con agentes de salud de la propia comunidad. El equipo evaluador recomienda potenciar esas actividades y hacerlas extensivas a los núcleos más alejados de la Moughataa. La ampliación de iniciativas tales como las "Estrategias Avanzadas" permiten mejorar la accesibilidad del Sistema de Salud a poblaciones ubicadas en asentamientos muy alejados y tienen un impacto muy positivo.

7.3. Mejorar el seguimiento de la población infantil con diagnóstico de malnutrición

Todas las actividades que se realizan en los centros en relación con el proceso de atención a la malnutrición son pertinentes y parecen tener una considerable efectividad. Sin embargo, el seguimiento del niño malnutrido es el punto más débil de la cadena y es también el que ofrece más dificultades para su mejora. Para estimular la presencia de las madres con sus hijos a las revisiones programadas, deben consolidarse y si es posible, ampliarse las entregas de "raciones secas" a las asistentes que van a revisión.

Al mismo tiempo, mejorar el seguimiento de los niños diagnosticados es un objetivo prioritario, del que depende la mejora de los resultados. Podría ser de gran utilidad que los responsables de Tierra de Hombres con la contraparte correspondiente del Ministerio de Salud, estableciesen una estrategia de intervención para mejorar la fase de seguimiento de los niños con malnutrición, a ser posible con otros actores implicados como MDM y Unicef.

7.4. Fortalecer las capacidades y asegurar la sostenibilidad de los resultados

El proyecto objeto de evaluación tiene como objetivo la Promoción de la Salud en el distrito de El Mina. La estrategia de ejecución reposa esencialmente sobre la acción de los voluntarios en el terreno y tiene a la cabeza, a la delegada de Tdh Mauritanie y al director del Proyecto. Como es sabido, se trata de una acción destinada a mejorar la Salud de un segmento de la población, los niños y niñas. Sin embargo, a pesar de la necesidad existente de establecer criterios de calidad y modelos organizativos técnicamente eficientes, entre su personal no hay ningún técnico de salud médico o enfermera. Las cuestiones que requieren criterio especializado son resueltas por un doctor de la Organización que se desplaza ocasionalmente a Nouakchott.

Con el fin de fortalecer el buen criterio en temas específicamente médicos, como son la calidad de la atención sanitaria, la calidad del proceso de atención, etc, el evaluador recomienda la inclusión de un sanitario médico o enfermera local de probada implicación y solvencia, que con dedicación total o parcial pueda apoyar los procesos de mejora continua en las áreas de su competencia.

Por otra parte, las personas que desempeñan labores de sensibilización y atención a la malnutrición en los puestos y centros de salud, constituyen una de las principales garantías de sostenibilidad del proyecto, puesto que son receptoras del conocimiento que se genera y sin ellas, nada de lo que se hace sería posible. El evaluador recomienda que cuando se pueda, para asegurar la continuidad de las acciones cuando el proyecto finalice, se les integre en la estructura del Ministerio como agentes de Salud.

A medio plazo el Ministerio de Salud debería incluir en la cartera de servicios de todos los Centros de Salud todo el dispositivo gestionado por el Proyecto, siendo gestionado por el Ministerio.

7.5. Mejorar la Coordinación Interinstitucional a través de un Comité de seguimiento

La falta de acceso a los alimentos es una realidad que hemos comprobado in situ y que exige que las instituciones se coordinen adecuadamente para asegurar los mínimos indispensables a los grupos más desfavorecidos. El protocolo nacional de soporte de la MAM tiene previsto que los niños diagnosticados de MAM sean tratados en el nivel comunitario. La responsabilidad de organizar el sistema y proporcionar acceso a los alimentos a ese grupo de población recae sobre el Comisariado de Seguridad Alimentaria (CSA) y es ésta Institución la que debe asegurar el acceso a los mismos y su disponibilidad. La atomización de responsabilidades en esa materia entre varios Ministerios agrava el problema de descoordinación existente.

El Ministerio de Salud con sus direcciones generales, la delegada de TdH y el Jefe del Proyecto han mantenido una constante preocupación por mantener líneas permanentes de colaboración con todos los agentes que intervienen en el problema de la malnutrición.

Para tratar de mejorar la coordinación entre las Organizaciones involucradas, sería conveniente la creación de un comité de seguimiento compuesto por representantes del Mº de Salud, Mº de Servicios Sociales, CSA, Unicef y Tierra de Hombres que pudiese tener carácter ejecutivo para la toma de decisiones en esa materia.

7.6. Implantar medidas urgentes para la Mejora de Resultados

Los componentes del Proyecto que a juicio de los evaluadores presentan mayores debilidades y tienen mayor influencia en los resultados negativos son:

- El seguimiento del niño diagnosticado de Malnutrición Moderada y Severa.
- El tratamiento del niño con Malnutrición Severa con complicaciones y su posterior contrarreferencia.

El equipo evaluador considera que si se toman decisiones en torno a estos dos componentes, la calidad del proceso y los resultados mejorarán sustancialmente.

En primer lugar proponemos que se cree una estrategia de seguimiento de los niños malnutridos a partir de la constitución de un grupo de trabajo en el que estén presentes todas las Organizaciones involucradas y ONG,s que trabajan en temas complementarios. Sería preciso valorar si este grupo de trabajo podría asumir al mismo tiempo el problema de la coordinación interinstitucional, para lo que debería estar representado el CSA. Básicamente su composición podría ser la misma que en el punto anterior incluyendo a Organizaciones como MdM. La aplicación de una nueva estrategia puede implicar aumento de los recursos destinados a la sensibilización.

En segundo lugar, en nuestra opinión el hospital nacional no cumple adecuadamente con los artículos 3 y 13 de la "convention de partenariat" suscrito en 2010 entre la dirección del hospital nacional y Tierra de Hombres, por lo que proponemos que se busquen lo antes posible alternativas hospitalarias de mayor calidad que la que está ofreciendo en la actualidad la unidad especializada de nutrición del Hospital Nacional, para el tratamiento del niño malnutrido con complicaciones.

7.7. Respeto a una posible reformulación del Proyecto

El Proyecto deberá alinear sus Objetivos en lo posible con algunos de los contenidos del PNDS. En lo que respecta a los objetivos actuales, la Organización podría mejorar la formulación de Objetivos, indicadores, resultados, etc, con la presencia de algún sanitario que conozca la metodología del marco lógico. Otra posibilidad es ampliar las líneas de colaboración con MdM, lo que al parecer está en vías de realización.

El modelo organizativo que está establecido en la actualidad permite explotar la información con más profundidad. En este sentido, nos parece importante que se incluyan criterios, objetivos e indicadores relativos al seguimiento del niño con malnutrición, a fin de identificar con más precisión las causas del fracaso de ese componente del proyecto.

Zaragoza 27 febrero 2012

Antrópica Consultores