

INFORME EVALUACIÓN FINAL

Proyecto: “Fortalecido el acceso al sistema de salud pública, especialmente en mujeres y niñas en el Distrito sanitario de Ouelessebougou con un enfoque basado en la prevención. Fase 2”

Implementado por: Mujeres en Zona de Conflicto (MZC) y
Médicin de l’espoôir/ Sante pour la communauté (MEDES SAPCOM)



Elaborado por:

Rosa Belen Agirregomezkorta

Centro de Estudios e Investigación
sobre Mujeres (CEIM)

Periodo de evaluación:

15/04/2024 a 21/06/2024

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE EVALUACIÓN

I.	Introducción	6
1.1	Antecedentes: Breve descripción y datos generales de la intervención evaluada	7
1.2	Objetivos y alcance de la evaluación	8
1.3	Actores involucrados en la evaluación	10
II.	Objeto de evaluación y Contexto	11
2.1	Población titular de derechos beneficiaria de la intervención	13
III.	Metodología y plan de trabajo	14
3.1	Enfoque metodológico	15
3.2	Técnicas usadas en la evaluación	16
3.3	Criterios y preguntas de la evaluación	17
3.4	Plan de Trabajo	19
3.5	Condicionantes y límites de la evaluación	22
3.6	Difusión y Socialización de Resultados	22
IV.	Análisis e interpretación de la información recopilada. Principales hallazgos en relación con los criterios de evaluación establecidos	23
4.1	Pertinencia y Adecuación de la propuesta	23
4.2	Eficiencia	26
4.3	Eficacia	32
4.4	Cobertura	38
4.5	Impacto	41
4.6	Sostenibilidad	45
V.	Análisis del impacto de género de la intervención evaluada	46
VI.	Derechos Humanos	50
VII.	Sensibilización y comunicación	52
VIII.	Conclusiones y Recomendaciones	53
8.1	Conclusiones	53
8.2	Recomendaciones	54
IX.	Anexos	58
	Anexo 1. Bibliografía	59

Anexo 2. Agenda de campo	61
Anexo 3. Fotos Trabajo de campo.....	62
Anexo 4. Matriz Marco Lógica: Definición Inicial de Objetivos, Resultados e Indicadores	63
Anexo 5. Listado de asistencia formaciones sanitarias dirigidas al personal CSCOM.....	64
Anexo 6. Población atendida durante 2023 por los CSCOM	66

RESUMEN EJECUTIVO

1) Datos de la consultoría:

Empresa Consultora:	Centro de Estudios e Investigación sobre Mujeres (CEIM)
Equipo evaluador:	Rosa Belen Agirregomezkorta (España), coordinadora Dra. Mariame Bougoudogo (Malí)
Modalidad de evaluación:	Externa Mixta: online y presencial
Duración	1 mes y medio
Ubicación geográfica	Distrito Sanitario de Ouelessebougou. Región de Kouliokoro. República de Malí (África Subsahariana)
Presupuesto	3.300 euros (impuestos incluidos)

2) Datos generales de la intervención:

Título Proyecto: *“Fortalecido el acceso al sistema de salud pública, especialmente en mujeres y niñas en el Distrito sanitario de Ouelessebougou con un enfoque basado en la prevención. Fase 2”*

Localización/País	Distrito sanitario de Ouelessebougou (Mali)
Nº de Expte.	22PC001
Financiado por	Agencia Extremeña de Cooperación Internacional al Desarrollo - AEXCID
Org.Promotora	Mujeres en Zona de Conflicto (MZC)
Contraparte	Médecin de l'espoir / Sante pour la communauté (MEDES SAPCOM)
Sector CAD	12191 Servicios médicos
Objetivo General	Mejorar las condiciones del sistema público de Salud del distrito sanitario de Ouelessebougou para afrontar con mayor eficacia las crisis sanitarias.
Pobl. Beneficiaria/ Titulares Derechos	103.442 titulares de derechos participantes (52% muj., 48% hombr.) Población total indirecta: 297.799 (52% mujeres, 48% hombres)
Presupuesto y financiadores	Presupuesto Total: 264.598,79 € Cofinanciaciones: AEXCID: 249.998,79€ Aportaciones socia local 25.608,67 €
Periodo evaluado	14 meses Inicio: 01/10/2022 Fin: 30/11/2023

3) Objetivos de la evaluación:

Por un lado, la evaluación pretende conocer el desempeño del proyecto analizado valorando los procesos impulsados así como el logro de los resultados y los efectos de las acciones realizadas incorporando para su análisis los siguientes enfoques transversales: análisis de género, enfoque de derechos humanos.

Asimismo, y guiado por los principales criterios evaluativos promovidos por los actores de la cooperación internacional y asumidos por la Agencia extremeña AEXCID, buscará determinar, además del logro de objetivos e impacto, la pertinencia, eficiencia, eficacia, y

sostenibilidad para el desarrollo de la iniciativa, criterios definidos y acordados en los Términos de Referencia.

Tabla1. Criterios de evaluación y actores:

Criterios de la evaluación:
• Adecuación • Eficacia • Eficiencia y viabilidad • Impacto • Conectividad • Cobertura • Coordinación • Enfoque de género • Enfoque de Derechos Humanos (EDBH)

Finalmente, analizará las posibles aquellas fortalezas y debilidades, tanto en el diseño del proyecto como en su ejecución, que sirvan de aprendizaje y mejora para futuros proyectos llevados a cabo por MZC recogidos en el apartado de Conclusiones y Recomendaciones.

De otro lado, la evaluación sirve como ejercicio de rendición de cuentas dirigido tanto a la población titular de derechos que se ha beneficiado de la misma como hacia otras entidades colaboradoras y donantes del proyecto ejecutado.

4) Breve resumen de la intervención evaluada:

El proyecto es continuación del proyecto financiado también por la AEXCID en 2020. En esta nueva intervención se plantea, por un lado, ampliar la zona de intervención a otros Centros de Salud Comunitarios (en adelante, CSCOM) del Distrito sanitario de Ouelessebougou alcanzando al 65% de los centros que existían en el Distrito en el momento de la identificación y, por otro lado, continuar fortaleciendo el sistema de salud maliense del distrito sanitario de Ouelessebougou ante la pandemia mundial provocada por el COVID-19.

Ha sido implementado en un periodo de 14 meses que van desde octubre 2022 hasta noviembre 2023.

5) Metodología y técnicas de la evaluación:

La recogida o la recogida de datos ha combinado la modalidad presencial en terreno y los medios telemáticos. Las técnicas de investigación se han aplicado mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, visitas a las aldeas y centros de salud y entrevistas con informantes claves. A lo largo de todo el desarrollo del trabajo de campo han colaborado 27 informantes clave, de los cuales el 41% han sido mujeres y el 59% restante hombres.

Tabla 2: Técnicas de investigación empleadas y actores participantes:

Entrevistas semiestructuradas	1) Coordinadora general MZC: Mila Ramos Jurado 2) Coordinador Mali MZC: Mohamed Ag Akeratane 3) Técnico responsable MZC: Jacobo López 4) Técnico responsable proyecto Malí: Daouda Konate 5) Coordinador de campo MEDES SAPCOM: Karim Togola 6) 3 representantes de las Autoridades sanitarias y distritales
Entrevistas colectivas/ Focus Group	1. 6 profesionales sanitarios de los CSCOM de Dangassa, Niagadina y Safe-Bougoula (50%-50%) 2. 7 personas beneficiarias/Titulares derechos: (28,5% hombres, 71,5% mujeres) 3. 6 miembros de las ASACO de Dangassa, Niagadina y Safe-Bougoula (77% homb, 33% muj.)
Observación presencial	Visita instalaciones CSCOM y revisión de equipamiento adquirido gracias a la intervención (FFVV: fotos).

6) Resultados de la evaluación

La evaluación ha buscado profundizar tanto en los logros obtenidos como en la obtención de aprendizajes y recomendaciones a través de un enfoque metodológico focalizado en los criterios evaluativos más relevantes vinculados a la lógica planificadora (MML), así como de un enfoque cualitativo centrado en los procesos en torno a la protección del derecho a la salud, incluyendo el derecho de las mujeres rurales malienses, con el fin de lograr una comprensión más profunda de la percepción de las personas implicadas en el proyecto. La evaluación ha contado con la colaboración de una consultora local que ha contribuido a acceder a la zona objeto de actuación y a la población local, mayormente analfabeta y hablante del bamanankan. La agenda de campo puede ser consultada en el anexo 2.

El elevado nivel de inestabilidad y violencia reinante en Malí tiene un impacto directo sobre el bienestar y la salud de la población, siendo los menores, niño/as y adolescentes, junto a las mujeres los que experimentan con mayor intensidad al afectar no sólo a sus condiciones de vida sino a la situación y acceso de infraestructuras y recursos básicos. A estas condiciones precarias se añade la situación de discriminación y desigualdad estructural que afrontan las mujeres que las coloca en situaciones de riesgo y vulnerabilidad, a las que el proyecto evaluado ha pretendido dar respuesta.

En este sentido, el proyecto resulta altamente pertinente y consistente con la problemática que persigue afrontar. Asimismo, la implementación de actividades y el logro de resultados han alcanzado niveles óptimos, aunque se observan espacios de mejora, especialmente relativos a la implementación del enfoque de género.

Tabla 3. Resumen consecución logros:

Criterio/Valoración	Negativa	A mejorar	Positiva
1) Pertinencia y Adecuación			✓
2) Eficiencia y viabilidad			✓
3) Eficacia			✓
4) Cobertura			✓

5) Impacto			✓
6) Sostenibilidad		✓	
7) Enfoque de Género/Feminismos		⚠	
8) Enfoque basado en Derechos Humanos (EBDH)			✓

* Negativa= La intervención ha tenido un impacto negativo o no ha alcanzado ninguno de los logros perseguidos.

A mejorar = Es preciso prestar atención a uno o más elementos. Cuenta con margen de mejora.

Positiva= Valoración alta o muy alta. El desempeño ha sido adecuado.

7) Recomendaciones

Se han estructurado las sugerencias distinguiendo los niveles estratégico y operativo, aunque ambos deben entenderse como estrechamente interrelacionados:

8.2.1 A nivel estratégico:

o Se recomienda desarrollar con mayor profundidad el impacto de las consideraciones culturales y los prejuicios o prácticas dañinas en torno a la salud y sus implicaciones sobre la salud de mujeres y niñas, en particular. Los servicios de salud primaria resultan claves en la detección y tratamiento de las mismas.

o MZC busca promover transformaciones que conduzcan a una mayor equidad entre mujeres y hombres, y a la mejora de las condiciones de vida. En este proceso debe garantizarse la inclusión de las mujeres, y ser reconocidas con el 'derecho a la palabra'¹, para lo cual es preciso implicar a los líderes religiosos y jefes locales.

o Se requiere un mayor esfuerzo dirigido a asegurar las capacidades de género necesarias de los procesos impulsados, que puede resolverse a través de un proceso de contratación de una persona especializada en género y derechos de las mujeres en el equipo de MZC Malí.

8.2.2 A nivel operativo:

o La "evaporación" de mujeres en las formaciones de las ASACOs señala la necesidad de replantear la metodología. A pesar de la presencia de mujeres en las estructuras y órganos de decisión de las ASACO, gracias al esfuerzo de MZC, las mujeres son excluidas de ciertos procesos. A ello se añade el incumplimiento con las convocatorias y renovación de los órganos de dirección y gestión en algunas localidades. Se precisa, por tanto, incrementar los esfuerzos *vigilantes y garantes de la equidad de género* por parte de MZC y MEDES SAPCOM.

o Se recomienda explorar la posibilidad de introducir una estrategia *entre pares* para intercambiar experiencias y buenas prácticas, incluidas las relativas a la inclusión y

¹ Según las reglas del sistema de organización social local, común a todas las aldeas, el primer paso al acudir es ir a ver al Consejo de ancianos, compuesto únicamente por varones. El jefe de la aldea, que es el más anciano, es el que concede el permiso para estar allí, y concede el 'derecho a la palabra', que habilita para hablar en las reuniones. El 'derecho a la palabra' lo monopolizan los hombres, llamados 'facilitadores'. Uno de los logros de MZC es haber logrado que en Kafara una mujer alcanzara esta prerrogativa y fuera reconocida, por primera vez, como facilitadora pudiendo asistir a las reuniones del Consejo de ancianos, con voz y sin voto, deconstruyendo un estereotipo.

empoderamiento de mujeres. Estas reflexiones pueden derivar en lecciones a considerar y al diseño de estrategias y medidas de refuerzo complementarias.

- Asimismo, una adecuada implementación del género requiere de instrumentos y registros específicos. Sugerimos mejorar la recogida de datos y reporte en la que se contemple la desagregación obligatoria de datos por sexo en las distintas fuentes de verificación (registros, listados de participación, etc.).
- Debido a los altos niveles de rotación de profesionales, se sugiere explorar una colaboración con las facultades de Medicina y Enfermería para asegurar la inclusión curricular de ciertos conocimientos y capacidades en los futuros profesionales de los CSCOM, sin menoscabo de otras acciones formativas en línea con las especificidades locales.
- Con el fin de evitar solapamientos, sería conveniente definir, junto con las autoridades sanitarias y el CSRef, las diferenciadas competencias de los recursos y servicios existentes en la zona, optimizando los limitados recursos y la sostenibilidad de estos recursos.
- Se sugiere revisar las actividades de sensibilización y concientización en las comunidades, incorporando charlas informativas y de difusión acerca de los beneficios y el funcionamiento de las ASACO y los CSCOM, así como la movilización de las comunidades a través de debates acerca de temáticas y problemáticas de interés para la comunidad.
- Incorporar una o varias personas, preferentemente mujeres pero no únicamente, que actúen como dinamizadores sociales y mediadores, que sean reconocidas por la comunidad, con formación en SSR y derechos de las mujeres.
- Se recomienda una mayor formación a los miembros de los recién creados comités de prevención de las áreas de salud acerca de detección de riesgos, especialmente acerca de los riesgos que afectan de manera desigual a las mujeres actualmente ausentes del Plan de Prevención, y en técnicas de sensibilización sanitaria, garantizando la participación plena de mujeres.
- Revisar y reforzar los mecanismos de seguimiento y evaluación internas a través de la asignación de funciones y responsabilidades claras sobre el proyecto, y su seguimiento mensual, incluyendo el seguimiento desde España.
- Por último, se sugiere:
 - acondicionar espacios y/o accesos a las consultas SSR y salas de maternidad diferenciados y separados, con objeto de incrementar la seguridad sanitaria de las mujeres al tiempo que preservan la privacidad de las mismas; y,
 - la habilitación de viviendas/alojamientos y aseos para el personal, y vallar los CSCOM. Ello contribuirá a mejorar sus condiciones de trabajo y seguridad personal, relevante en el caso del personal femenino, y dará mayor estabilidad al personal.

INFORME DE EVALUACIÓN

I. Introducción

La presente evaluación es fruto de la demanda de la ONGD *Mujeres en Zona de Conflicto* (en adelante, MZC) para evaluar el proyecto “Fortalecido el acceso al sistema de salud pública, especialmente en mujeres y niñas en el Distrito sanitario de Ouelessebougou con un enfoque basado en la prevención. Fase 2” que, como su nombre indica, es la continuidad de una intervención anterior, iniciada en el 2000, y que fue financiada por el mismo donante, léase, la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo (en adelante AEXCID).

Esta iniciativa ha sido implementada por MZC conjuntamente con *Médecin de l’espoir / Sante pour la communauté* (MEDES SAPCOM). El periodo a evaluar abarca el conjunto de la implementación, esto es, 14 meses. La intervención se inició el 1 de octubre de 2022 finalizando el 30 de noviembre de 2023 tras solicitar una ampliación de dos meses.

El *Centro de Estudios e Investigación sobre Mujeres* (CEIM), consultoría que cuenta con una amplia trayectoria y experiencia en evaluación el ámbito de la Cooperación al Desarrollo, la Acción Humanitaria, los derechos humanos y el Género, ha sido la entidad seleccionada para llevar a cabo esta evaluación.

El marco de la evaluación, concebida como instrumento para el aprendizaje y la rendición de cuentas ante los agentes relevantes de la intervención tanto en Extremadura y España como en Malí, se ha fijado en virtud de los *Términos de Referencia* (TdR) establecidos por MZC y cuyos contenidos han sido ajustados y concretados durante los contactos entre el personal de referencia de MZC y el CEIM. Su objetivo, de acuerdo a los TDR, es la de valorar el desempeño y logro de los objetivos y resultados esperados descritos en la propuesta inicial y obtener aprendizajes y recomendaciones de acuerdo a los estándares internacionales de calidad adoptados por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE, y asumidos por las instituciones españolas (MAEC, 2010). Asimismo, se ha llevado a cabo un análisis que dé cuenta de la pertinencia y adecuación de la intervención propuesta, así como la coherencia de la misma respecto a los principios y objetivos de las organizaciones implicadas y de los principios y criterios que orientan al sistema extremeño de cooperación para el desarrollo, ver Plan General de Cooperación Extremeña 2018-20211 y las bases de la convocatoria de subvenciones 2022 reguladas por el Decreto 5/2019, de 5 de febrero.

Para ello se ha desarrollado un enfoque metodológico basado en el análisis documental, la realización de entrevistas y grupos de discusión personales y telemáticos, así como la triangulación de toda la información obtenida durante el proceso.

El compromiso con un proceso de valoración lo más objetivo posible basado en la información disponible y las evidencias que derive en un conjunto de conclusiones y recomendaciones útiles y relevantes resulta especialmente complejo en contextos de inseguridad y crisis crónica y conflictos armados como el que asola la región. El *Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación* (MAEUEC) desaconseja cualquier viaje y visita al terreno debido al contexto de elevada inseguridad² lo que añade dificultad a la recogida de evidencias y entrevistas personales.

Con objeto de paliar estos obstáculos, se ha optado por una metodología mixta para el trabajo de campo con el apoyo de cuestionarios y entrevistas online, junto a la presencialidad de una consultora maliense en el terreno.

1.1 Antecedentes: Breve descripción y datos generales de la intervención evaluada

La intervención da continuidad al proyecto financiado en 2020 por la propia AEXCID, planteándose dos objetivos principales. Por un lado, ampliar la zona de intervención a otros Centros de Salud comunitarios (CSCOM) del Distrito sanitario de Ouelessebougou y, por otro lado, seguir afianzando los resultados obtenidos en la intervención anterior. De esta forma, se persigue fortalecer el precario sistema de salud maliense caracterizado por la precariedad y la falta de acceso de la población rural a los sistemas de salud, un 60% según se señala en el documento de formulación.

Los recursos sobre los que se preveía intervenir son el Centro de Salud de Referencia (CSRef) en Ouelessebougou y los 11 CSCOM dependientes del mismo ubicados en 9 comunas rurales que operan y ofrecen servicios sanitarios al conjunto de la Comuna Rural de Ouelessebougou, en la región maliense de Koulikoro. Más específicamente, los CSCOM objeto de actuación son los siguientes:

- 7 CSCOM en los que se intervino en la fase anterior: Bénéko, Kafara, Digan, Marako, Mana, Ouélessebougou, Tenkele; y,
- 4 ubicaciones de nueva actuación: Dangassa, Niagadina, Sanankoro-Djitoumou y Safé Bougoula.

De manera resumida, la intervención persigue incidir sobre 3 dimensiones interrelacionadas que contribuyen a la mejora en la atención en salud:

- **Infraestructuras:** se ha dotado a los servicios sanitarios con equipos apropiados para la cobertura sanitaria básica junto a incineradores de desechos biomédicos que contribuyen a evitar la propagación de enfermedades y dañar el medioambiente. Asimismo, se han mejorado las instalaciones sanitarias, de saneamiento y agua, mediante la rehabilitación de una maternidad y un forage en Dangassa. A estas actuaciones hay que

² Ver MAEUEC (<https://www.exteriores.gob.es/Embajadas/bamako/es/ViajarA/Paginas/Recomendaciones-de-viaje.aspx>), accedido el 7.05.2024.

añadir la rehabilitación de las instalaciones eléctricas de los CSCOM mediante paneles fotovoltaicos, lo que asegura una mayor autonomía y eficiencia energéticas en la prestación de los servicios prestados.

- Capacitación recursos humanos: se han llevado a cabo capacitaciones dirigidas al personal sanitario sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR), y derechos de las mujeres y niñas en temas de salud. De manera paralela, se han llevado a cabo sensibilizaciones dirigidas a la población en general, y mujeres y niñas en particular, con el fin de incidir en su percepción hacia el sistema de salud y aumentar sus consultas, al tiempo que se ha organizado una campaña de vacunación contra la COVID dando a conocer medidas preventivas.
- Eficiencia en la gestión: Por último, se actúa sobre la gobernanza de los 11 CSCOM, por medio de la formación de los comités de gestión y abriendo esos espacios a la participación de las mujeres.

La intervención se guía por los principales instrumentos internacionales sobre la calidad y la eficiencia de la cooperación internacional al desarrollo, entre ellas la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible³, especialmente en lo que se refiere a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre salud e igualdad de género (ODS 3 y ODS 5, respectivamente); y la Agenda de la Eficacia del Desarrollo cristalizada en los principios recogidos en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo⁴.

1.2 Objetivos y alcance de la evaluación

De manera general, la presente evaluación busca analizar el impacto del mencionado proyecto en el desarrollo social y sanitario del distrito sanitario de Ouéléssebougou para afrontar con mayor eficacia las crisis sanitarias.

Para su consecución, se plantea como Objetivos Específicos (OE) los siguientes:

- Comprobar la tasa de frecuentación de los centros de salud comunitarios (CSComs);
- Comprobar la funcionalidad de las asociaciones responsables de la gestión de los Centros de salud, ASACO, y la implicación de las mujeres en su gestión; y,
- Comprobar la utilización de los servicios por parte de la población beneficiaria.

El proceso de evaluación ha tenido una duración de 9 semanas, entre el 15 de abril y el 21 de junio de 2024 al haber solicitado una ampliación de la misma para poder realizar un trabajo de campo en condiciones adecuadas ante la imposibilidad de desplazarse desde España. En el desarrollo del plan de campo se han visitado 4 localidades (Ouéléssebougou, Dangassa,

³ Aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015.

⁴ Aprobada en el 2º Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo celebrado en 2005 en París.

Niagadina y Safe-Bougoula) en los que se ha entrevistado a un total de 27 personas distinguidos en diversos grupos de interés, como se detalla en el siguiente apartado (1.3).

La modalidad de la evaluación ha sido externa, realizada íntegramente por personal consultor contratado *ad hoc*. El equipo evaluador ha sido el responsable de diseñar y llevar a cabo la evaluación y la revisión de toda la documentación, las herramientas de recogida de información y de realizar el informe final de evaluación aunque validados con MZC.

Este informe presenta de forma organizada los principales resultados del proyecto tras un análisis sistemático y objetivo de la intervención concluida, su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. Siguiendo los estándares de calidad⁵ recogidos en el Decreto 5/2019, de 5 de febrero (apartado 3.f, pg. 6916, DOE nº 28, de 11 de febrero de 2019), la evaluación se ha fundamentado en las siguientes premisas:

- *Adecuación e idoneidad*: valoración sistemática y objetiva del valor y pertinencia de la intervención desarrollada a partir de un análisis de la relevancia de la propuesta planteada (diseño y planificación), los efectos logrados y la adecuación al contexto.
- *Orientación hacia los procesos*: la evaluación pone el foco en los procesos impulsados, junto a los resultados y efectos alcanzados por la intervención y cómo estos han contribuido a mejorar las condiciones de vida de las personas y colectivos destinatarios de la intervención, a su empoderamiento, a aumentar sus recursos, su autonomía o su capacidad de incidencia y toma de decisiones.
- *Utilidad*: esto es, los hallazgos y constataciones que se presentan en este informe sean pertinentes y útiles, tanto para las entidades ejecutoras, como para las personas beneficiarias directas y entidades colaboradoras con objeto de facilitar el aprendizaje, los procesos de mejora continua y la apropiación.
- *Credibilidad*: La evaluación respetará y asegurará las principales premisas éticas durante el proceso de evaluación (confidencialidad, imparcialidad, integridad e independencia).
- *Participación*: la información y hallazgos aportados por el presente informe evaluador se fundamenta en las voces y testimonios directos de las entidades y personas responsables de la ejecución así como de las personas titulares beneficiarias de la misma. Asimismo, se basa en el análisis documental y material generado por el proyecto. En todo momento se ha tenido en consideración la implicación, participación e inclusión de todos los actores implicados en el adecuado desempeño del mismo. Esta implicación facilita la apropiación de los hallazgos y recomendaciones entre todas las partes interesadas.

⁵ Los estándares mencionados hacen referencia a: 1. Idoneidad del análisis del contexto, 2. Oportunidad del enfoque metodológico y las técnicas utilizadas, 3. Fiabilidad de las fuentes de información, 4. Suficiencia de las preguntas y criterios de evaluación, 5. Validez de los resultados y conclusiones, y utilidad de las recomendaciones, 6. Calidad de la participación en la evaluación de las entidades implicadas y población destinataria, 7. Credibilidad, ética e imparcialidad del proceso de evaluación, 8. Adecuación del plan de comunicación de la evaluación.

- *Transversalización*: Se analizan igualmente aspectos transversales como la igualdad de género, la atención a los sectores más vulnerables y el respeto por los derechos humanos durante la realización de la evaluación.

- *Transparencia y difusión*: en todo momento se facilitarán mecanismos de comunicación y participación para garantizar la transparencia del proceso evaluativo. Tras la finalización del proceso se llevará a cabo la devolución de los hallazgos y principales conclusiones y se hará entrega de un informe ejecutivo que posibilite la difusión del mismo, tanto en Extremadura y otras regiones españolas, como en Malí.

1.3 Actores involucrados en la evaluación

La evaluación ha buscado sistematizar y triangular las percepciones y voces de los principales actores implicados que han participado y/o colaborado, de una u otra manera, en el adecuado desempeño de las actividades, y cuya colaboración ha resultado clave. Distinguimos los siguientes actores:

1.3.1 Equipo consultor:

El equipo consultor ha estado formado por 2 personas combinando la modalidad presencial y online:

- Rosa Belen Agirregomezkorta (España), coordinadora y responsable de la evaluación en representación del *Centro de Estudios e Investigación sobre Mujeres (CEIM)*; y,
- Dra. Mariame Bougoudogo (Malí), consultora con perfil médico sobre el terreno que ha llevado a cabo el trabajo de cambio de manera coordinada.

1.3.2 Personas informantes clave identificadas en la evaluación:

A continuación se presentan los distintos actores e informantes claves a quienes se han aplicado técnicas de recopilación de información diferenciadas:

● **Equipo MZC:**

- Mila Ramos: Coordinadora general MZC,
- Mohamed Ag Akeratane: Coordinador MZC en Malí,
- Daouda Konate: Técnico responsable proyecto Malí,
- Jacobo López Puga: Técnico responsable del seguimiento del proyecto (España).

● **Equipo de MEDES SAPCOM:**

- Karim Togola: Coordinación técnica de la implementación del proyecto en terreno.

● 6 Profesionales sanitarios de 3 centros de salud implicados (CSCOM de Dangassa, Niagadina y Safe-Bougoula), (50% mujeres).

- 6 Miembros de los Comités de gestión de 3 ASACOs, (33% mujeres).
- 7 Miembros de la comunidad, Pacientes y población beneficiaria, con especial referencia a mujeres (71,5% mujeres).
- 3 Informantes claves del CSRef y autoridades distrito (100% varones):
 - Autoridades sanitarias del Distrito: Médico Jefe del distrito sanitario.
 - Autoridades administrativas del Distrito: Director de Desarrollo Social, Secretario General del municipio de Ouelessebouyou.

Tabla 4. Actores involucrados en la evaluación según relevancia:

Actor/Relevancia	Alta	Media	Baja
MZC	X		
MEDES SAPCOM	X		
Personal Sanitario (CSCOM)	X		
Personas beneficiarias servicios salud (con especial atención a mujeres)	X		
Autoridades sanitarias y administrativas distrito		X	
Miembros de ASACO (Comités de gestión)	X		
Participantes acciones de sensibilización		X	

II. Objeto de evaluación y Contexto

Mali atraviesa una crisis crónica con orígenes multicausales desde hace más de una década que incluye conflictos armados y sociales a los que el Acuerdo de Argel (2015) no ha logrado poner punto final. Así, durante 2019 se observaron graves enfrentamientos interétnicos en todo el país instrumentalizados por los grupos armados. Este contexto de grave inseguridad política y generalizadas violaciones de derechos humanos que afectan de manera específica a mujeres y niñas explica que Malí cuente con uno de los peores índices de Desarrollo Humano del planeta. Según Naciones Unidas, en 2019 Malí se encontraba ocupando el puesto 184 de 189, el 36% de su población vivía en la extrema pobreza, cifra que se dispara al 65% en las zonas rurales, y el índice de analfabetismo para mayores de 15 años asciende a más del 46% de la población.

El sistema de salud maliense se caracteriza por su precariedad. El país cuenta solo con 13 hospitales públicos y una red insuficiente de centros rurales de salud de atención primaria que supone que la distancia media nacional de la población al centro más cercano sea superior a 20 km.

Algunos indicadores sobre el acceso a la sanidad pública son:

- Nº habitantes por hospital: 1.255.231,

- Nº hab. por CSRef: 271.967,
- Nº hab. por CSCOM: 14.390,
- Ratio Médico/habitantes: 1 por cada 8.526 habitantes.

Además, el sistema de atención primaria, basado en la puesta en marcha y sustento por las propias comunidades de centros de salud comunitarios (CSCOM), se caracteriza por la falta de recursos y, consecuentemente, escasa disponibilidad de medicamentos, material y personal, así como una gestión deficiente de los mismos.

Estos datos explican que el 60% de la población rural no acceda a los sistemas de salud y la mayoría de los partos se realicen en las casas.

La zona de ejecución del proyecto, y consecuentemente de la evaluación, es el Distrito sanitario de Ouelessebougou en el que opera el Centro de Salud de Referencia (CSRef) y los 11 CSCOM dependientes ubicados en 9 comunas rurales en Malí, los cuales prestan servicios a alrededor de 297.799 personas, de las cuales se estima que un 52% son mujeres.

Es de destacar el deficiente equipamiento de los centros sanitarios y la ausencia de profesionales cualificados. Estas carencias se agravan en el medio rural donde la incidencia de enfermedades, como la malaria y enfermedades gastrointestinales, suele ser mayor. En el área diagnosticada (exceptuando Káfara y Kodialan), más del 80% de las mujeres embarazadas dan a luz en sus casas sin la asistencia de ningún/a profesional de la salud.

Esta situación de precariedad se agravó durante la pandemia del COVID-19 y el sistema sanitario maliense ha tenido serias dificultades para abordar las medidas preventivas y protectivas precisas debido a las carencias estructurales ya mencionadas, y la desconfianza y desinformación generalizada de la población, especialmente en zonas rurales, en el sistema de salud y las vacunaciones lo que provoca bajos índices de uso.

Por último, Malí es uno de los peores países para las mujeres con una brecha de género⁶ del 60,5% (Foro Económico mundial, 2023). En el caso de las mujeres y niñas, estas no cuentan con el control sobre sus cuerpos debido a factores culturales. Así, tres cuartas partes de las beneficiarias declaran que su marido toma las decisiones sobre su salud por ellas, y la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF) - casi el 90% de las niñas es víctima- y los matrimonios precoces se mantienen en la región con sus nefastas consecuencias sobre la salud de las féminas.

⁶ El [Índice de Brecha Global de Género](#) elaborado por el Foro Económico Mundial mide la magnitud de la brecha entre mujeres y hombres en términos de salud, educación, economía e indicadores políticos. En concreto, analiza las siguientes áreas:

- Participación económica y oportunidad: salarios, participación y empleo altamente capacitado,
- Educación: acceso a niveles de educación básicos y más elevados,
- Participación política: representación en las estructuras de toma de decisiones,
- Salud y supervivencia: expectativa de vida y proporción hombres-mujeres.

Se utiliza para entender cómo se están distribuyendo los recursos y oportunidades entre hombres y mujeres.

2.1 Población titular de derechos beneficiaria de la intervención

El proyecto beneficia al conjunto de la población mediante la mejora en las instalaciones y equipamiento de 11 Centros de Salud Comunitaria (CSCOM) y la capacitación del personal sanitario.

En este proyecto se hace especial hincapié en 11 de los 17 CSCOM existentes en el distrito en el momento de la identificación, esto es el 65% de los CSCOM. Estos son: Dangassa, Niagadina, Sanankoro- Djitoumou, Safé Bougoula y otros 7 CSCOM que se intervinieron en fase anterior: Kafara, Digan, Marako, Mana, Ouélessebougou, Benéko y Tenkele. La ampliación a estas nuevas áreas se realizó bajo el criterio de la distancia al Centro de salud de referencia (CSRef), ubicado en Ouélessebougou:

Donde hemos puesto más énfasis es en las áreas de salud de Dangassa, Niagadina, Sanankoro y Safé Bougoula. La razón es que son las más lejanas del Centro de Salud de Referencia (CSRef). Antes de la intervención, una mujer con complicaciones obstétricas tardaba 4 horas en ser derivada al CSRef, por eso era una prioridad para MZC. Y ahora pueden llegar, en caso necesario, en 30-45 min si necesitan ser intervenidas o surgen complicaciones; la matrona puede tras su detección prevenir y enviarlas antes; o en caso de alguna otra urgencia (accidentes,...)... (Coordinador MZC Malí).

La estimación poblacional de la comuna rural de Ouélessébougou ascendía, en 2022, a 297.799 habitantes, de los cuales un 49% son varones y un 51% féminas.

Los principales grupos étnicos son la mayoría Bambaras, Malinkes, Korokos, Dogones, Mossis, Peulhs y Soninke cuyas principales actividades económicas son la agricultura y la ganadería.

Tabla 5: Áreas de salud objetos de actuación:

Área de salud	Población total	Nº de mujeres
1. Safé Bougoula	21.150	10.712
2. Sanankoro-Djitoumou	24.485	12.402
3. Niagadina	12.675	6.420
4. Dangassa	17.132	8.677
5. Kafara	6.868	3.479
6. Digan	10.963	5.553
7. Marako	6.850	3.469
8. Mana	7.128	3.610
9. Ouélessébougou	52.525	26.604
10. Bénéko	10.292	5.213
11. Ténkéle	12.754	6.460
Total	170.068 hab. (100%)	86.139 muj. (51%)
Total población beneficiaria	103.442 personas	53.995 muj. (52%)

Datos extraídos de MZC (2022).

Se estima una población destinataria de la actuación de 103.442 personas (52% mujeres y 48% hombres), esto es, alrededor del 61% de la población que se verán directamente beneficiadas de las mejoras sobre el sistema de salud de las *áreas de salud*⁷ objeto de actuación. Esta diferencia se debe a que, aunque cada una de estas áreas de salud cuenta con un centro de salud comunitario y su correspondiente asociación gestora, no todas las aldeas pueden acceder a los mismos. En todo caso, se trata de un porcentaje población significativo.

Finalmente, la propuesta fortalece a las Asociaciones de Salud Comunitaria (ASACO) como titulares de responsabilidades. Estas asociaciones son las responsables de la gestión y adecuado funcionamiento de los Centros de atención sanitaria básica y de nivel primario, por lo que las acciones de capacitación redundan directamente en la mejora en la atención y calidad de los servicios sanitarios.

A estas acciones formativas específicas se añaden capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva y derechos de las mujeres y niñas en el ámbito de salud dirigidos a los y las profesionales sanitarios, así como acciones de sensibilización sobre prevención y protección ante el COVID-19 y otras enfermedades infecciosas dirigidas a la comunidad en general.

Todos estos actores han participado en la identificación y formulación del proyecto junto a los titulares de obligaciones, esto es autoridades y administraciones locales, entre las que se encuentran las Alcaldías de las Comunas de Ouelessebouou, Niagadina, Sanankoro y Bougoula; la dirección del centro sanitario de referencia del Distrito y el Servicio de Desarrollo Social y de Economía solidaria de Ouelessebouou. Estas instituciones se han comprometido a apoyar la iniciativa y han participado en el Comité de orientación del proyecto, mecanismo de seguimiento establecido para el monitoreo de la implementación y evaluación de la iniciativa.

Estas acciones garantizan, sin lugar a dudas, la apropiación y sostenibilidad de la propuesta.

III. Metodología y plan de trabajo

En este apartado se abordan los temas y áreas en las que se ha centra la evaluación, al considerarlos relevantes para la misma. Se plasman, pues, aquellas preguntas y criterios evaluativos que se han tenido en cuenta en el diseño y desarrollo del presente ejercicio evaluativo, así como la metodología y técnicas aplicadas, para terminar con los condicionantes que han afectado el proceso evaluativo.

⁷ Las *áreas de salud* son agrupaciones de aldeas dispersas que comparten historia, cultura e idioma, siendo “sociológicamente cercanas” en palabras del coordinador de MZC Malí, Mohamed Ag Akeratane.

3.1 Enfoque metodológico

Como se ha comentado, y debido a las dificultades de desplazamiento, acceso y movilidad de Malí, derivado de la situación de inestabilidad política y militar que atraviesa el país, y siguiendo las recomendaciones de las autoridades españolas al respecto, se ha optado por realizar la evaluación combinando la modalidad a distancia/online con el apoyo en terreno de forma que se ha podido garantizar la recogida de datos *in situ*, a través de un trabajo de campo realizado por una profesional local. De esta forma, la modalidad mixta de recogida de datos se plasma en una combinación, presencial y telemática, coordinada por el Centro de Estudios e Investigación sobre Mujeres (CEIM) con apoyo del personal de MZC en España y en Malí.

La metodología de esta evaluación se ha desarrollado en torno a los criterios y preguntas de la evaluación elaborados a partir de los Términos de Referencia (TdR) establecidos por MZC, documento que constituye la base sobre la que se establece el plan de evaluación. Estas preguntas y criterios de evaluación han servido de referencia para la recopilación de los datos y el análisis de los mismos.

Además de considerar los criterios evaluativos e indicadores establecidos a lo largo del ciclo del proyecto, véase diagnóstico – diseño – planificación - ejecución - seguimiento, el acercamiento a los procesos ha sido una preocupación con el fin de lograr una comprensión más profunda de la lógica y el impacto de las actuaciones impulsadas. Esta aproximación resulta útil en una intervención como la presente, recordemos que es una 2ª fase, y consecuentemente vinculada a un proyecto anterior y enmarcada en un programa de acción más amplio que desarrollan conjuntamente MZC y MEDES SAPCOM.

Por otro lado, se ha contemplado un enfoque cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios, que dirigidos a recabar la opinión y percepción de las personas implicadas en el proyecto. El enfoque cualitativo posibilita aproximarnos a las experiencias individuales y colectivas de las personas implicadas y participantes en la intervención abordando diversos aspectos del proceso, así como de sus impresiones evaluativas respecto al proyecto.

Durante todo el proceso de elaboración de la evaluación se ha promovido un entorno participativo, transparente y orientado a la apropiación organizativa del proceso evaluativo, a la reflexión y el aprendizaje de los hallazgos a través de la fluida comunicación entre el equipo evaluador y el personal técnico de MZC involucrado.

Por último, para garantizar la validez de la información recogida se ha utilizado la triangulación de la información y de los datos como un mecanismo que permite evitar posibles sesgos y llegar a resultados fiables. Se han tomado en cuenta las siguientes triangulaciones:

- Triangulación metodológica: A través de la combinación de técnicas de recogida de datos, se ha cruzado la información extraída del análisis de documentos con la información obtenida de las fuentes primarias (entrevistas, reuniones, grupos focales y cuestionarios); y,
- Triangulación de personas, contrastando la información a través del testimonio de las diferentes personas informantes.

3.2 Técnicas usadas en la evaluación

La metodología utilizada para la evaluación ha consistido tanto en la explotación de fuentes relevantes, así como en la recopilación y análisis de información para la obtención de datos necesarios para la adecuada valoración de los resultados obtenidos y los procesos impulsados.

Entre las técnicas de recopilación de información se ha combinado el análisis cuantitativo y cualitativo. Así, además de verificar los indicadores alcanzados gracias a la intervención, durante las entrevistas se ha ahondado en dimensiones de carácter más cualitativo en torno a las opiniones y percepciones, buscando conocer la percepción de cambio de los y las titulares (Titulares de Derechos-TD y de Obligaciones-TO) en torno a diversas dimensiones que van desde la salud, brechas de género, acceso y disfrute de derechos, percepciones acerca de los cambios generados, buscando así conocer:

- * Grado de consecución de resultados previstos y percepciones de mejora;
- * Grado de satisfacción sobre la participación y desempeño de la gestión;
- * Resultados de género y demás prioridades transversales previstos;
- * Resistencias y obstáculos a afrontar y superar; y, finalmente,
- * Identificación de las áreas y dimensiones de mejora resultantes.

Las técnicas empleadas han sido:

- i. Análisis y Revisión de la documentación entregada por el equipo de proyecto relativa al proyecto, y otras publicaciones derivadas de las actividades del mismo (diagnósticos, documentos técnicos, memorias, planes estratégicos, etc.);
- ii. Recopilación de Información Contextual: sistematización de políticas y planes tanto de las autoridades malienses como de donantes y actores relevantes, estudios y documentación vinculados a los contenidos del proyecto e información socio-demográfica, así como otras actividades y programas sinérgicos que resultan complementarios y/o similares implementados por instituciones y actores.

- iii. Entrevistas a informantes claves, entre ellos el equipo técnico del proyecto (tanto de MZC como de MEDES SAPCOM), a organizaciones locales (ASACO, CSCOM, organizaciones colaboradoras) y autoridades locales.
- iv. Aplicación de cuestionarios dirigidos al personal técnico, con objeto de ahondar en dimensiones específicas y la consecución de los objetivos y resultados.
- v. Entrevistas semiestructuradas a población beneficiaria, con el objetivo de ahondar en las dimensiones cualitativas acerca de los procesos, impactos, productos y actividades generados gracias al proyecto, y conocer en qué medida los procesos puestos en marcha han resultado participativos y empoderantes, y si han contribuido a los resultados y objetivos perseguidos.
- vi. Observación directa en campo: además de las entrevistas, documentos, etc., se verificará en terreno el desempeño del plan de trabajo y la coordinación, junto a la apropiación del proyecto por parte de los actores relevantes y el alcance y grado de consecución de los indicadores previstos.

Todo el proceso evaluativo y las herramientas prestan especial atención al análisis específico de género y enfoque de derechos.

Tabla 6. Técnicas de investigación empleadas y actores de la evaluación:

Entrevistas	1) Coordinadora general MZC (Mila Ramos Jurado). 2) Coordinador MZC Malí (Mohamed Ag Akeratane). 3) Responsable Técnico seguimiento proyecto MZC España (Jacobo López). 4) Titulares: i. Mujeres y miembros de la comunidad, ii. Miembros de ASACO y Comités de gestión, iii. Personal sanitario CSCOM. 5) Autoridades de salud y administrativas del Distrito de Ouelesseboungou.
Cuestionarios	1. Coordinador técnico MEDES SAPCOM (Karim Togola) 2. Coordinador Técnico responsable proyecto Malí, MZC (Daouda Konate).
Observación presencial	- Visita instalaciones de 3 CSCOM (Dangassa, Niagadina y Safe-Bougoula), revisión de equipamiento adquirido gracias a la intervención.

3.3 Criterios y preguntas de la evaluación

De acuerdo con lo definido en los Términos de Referencia (TdR) propuestos por MZC aceptados por el CEIM, la metodología de la evaluación se ha guiado por los criterios y preguntas de investigación que se muestran en la siguiente tabla.

Además de los criterios evaluativos identificados, siguiendo las prioridades y recomendaciones de los principales donantes y de la propia AEXCID, la evaluación ha incorporado la perspectiva de los enfoques transversales de género, derechos humanos, y participación, entendiendo que el eje relativo al Desarrollo Sustentable se cumple con el criterio de sostenibilidad.

A partir de estos criterios de análisis se han elaborado las preguntas específicas que han servido como las herramientas clave para el trabajo de campo y la recolección de datos.

Tabla 7. Criterios y preguntas de la evaluación:

Criterio de Evaluación	Contenido	Pregunta de evaluación
1) Adecuación y Pertinencia	Grado en el que la propuesta y los objetivos y actividades de la intervención se adaptan al contexto y a las necesidades locales, fortaleciendo con ello la apropiación, y el respeto cultural, y son coherentes con las estrategias de Malí y de otros actores relevantes	¿Responde el diseño del proyecto a las necesidades de l@ titulares de derechos? ¿Han cambiado las prioridades de la población meta durante la intervención? En cuyo caso, ¿se ha adaptado la intervención a dichos cambios? ¿Resulta consistente con los análisis de situación de autoridades locales y actores internacionales presentes en la región? ¿Se han tenido en cuenta las estrategias y programas de desarrollo del país socio? ¿Hasta qué punto el proyecto se ha adaptado a la situación de pandemia? ¿En qué medida el proyecto tiene una coherencia interna (entre objetivo general, objetivo específico, resultados y actividades)? Análisis Matriz Lógica ¿El diseño garantiza una adecuada coordinación con contrapartes, actores/as y la participación de la población titular beneficiaria? ¿Se ha considerado el análisis de género y el EBDH?
2) Eficacia	Grado de consecución de los objetivos y resultados inicialmente previstos	¿Se han alcanzado los objetivos y resultados previstos de la intervención según lo programado? ¿Se produce una mejora en la calidad de los servicios de salud? ¿Se ha mejorado la accesibilidad de mujeres y niñas a los servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Se han logrado otros efectos no previstos (positivos y/o negativos)? ¿Ha sido adecuada la gestión del proceso? ¿De qué manera ha contribuido a alcanzar los resultados previstos? ¿Ha existido coordinación y apropiación con los/as socios/as y actores locales? ¿Las actividades han sido adecuadas para los fines que perseguían? ¿Se han cumplido las expectativas de los/as beneficiarios/as? (Grado de satisfacción)
3) Eficiencia y viabilidad	Valoración de los resultados alcanzados en comparación con los recursos empleados. Relación precio/calidad.	¿Se ha ajustado la implementación al cronograma previsto? ¿Es adecuada la gestión económica de los recursos? ¿Se ha respetado el presupuesto? ¿Han sido adecuados los mecanismos de gestión y seguimiento? ¿Han existido mecanismos de coordinación con otras entidades? ¿Los medios técnicos, materiales, humanos y presupuestarios implementados resultaron adecuados para la consecución de los objetivos previstos? ¿Cómo se ha contemplado el Análisis de género en la gestión de los recursos?
4) Impacto	Efectos positivos o negativos, esperados o no, directos e indirectos, colaterales e inducidos, generados por la intervención (bien sociales, económicos, de género, DDHH como ambientales) en los individuos, comunidades e instituciones.	¿Contribuye la intervención a alcanzar el objetivo global? Grado de alcance de la intervención (Cobertura). ¿Qué efectos ha tenido la intervención en las condiciones de vida y derechos de la población meta? ¿Se ha logrado un impacto positivo? ¿Se han producido impactos no previstos (positivos o negativos) resultado de la intervención? ¿Ha mejorado la confianza de la población, especialmente de las mujeres, en los CSCOM? ¿Se ha acortado la brecha de desigualdad en la participación de las mujeres en los comités de gestión? ¿En qué medida la intervención ha contribuido a los derechos de las mujeres y niñas y a valorizar su posición en las comunidades y entre los actores participantes? ¿Qué valor añadido supuso la acción para mujeres y niñas?

5) Sostenibilidad	Estimación y/o percepción sobre la continuidad en el tiempo de los efectos positivos generados con la intervención una vez retirado el aporte externo (de MZC y AEXCID).	¿El contexto favorece o dificulta la permanencia del proyecto? ¿Se han generado capacidades de autogestión futura del proyecto con los actores locales y titulares de derechos? ¿Resulta tecnológicamente apropiado? ¿Cómo se han apropiado las y los titulares de las actuaciones realizadas?
6) Género	Elemento transversal de los objetivos de la cooperación extremeña Plan General de Cooperación Extremeña 2018-2021, y Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura. El enfoque GED <i>“(p)one énfasis en analizar las relaciones de género como relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, que perpetúan la pobreza, las desigualdades, la diferente distribución de espacios y riquezas y el crecimiento económico insostenible en el mundo, en detrimento de la participación de las mujeres en la toma de decisiones” (Estrategia de Género en Desarrollo de la Coop. Española (2008:33), y el análisis de género se define como la “herramienta para diagnosticar las diferencias entre mujeres y hombres” (ibid, pg.44)</i>	El proyecto, ¿ha integrado el análisis de género en la planificación: cuenta con un diagnóstico de las relaciones de género, la matriz cuenta con resultados e indicadores de género bien definidos? (planificación de género) ¿Tiene en cuenta la situación diferenciada de mujeres, niñas, y despliega acciones y estrategias para su abordaje? ¿Se ha actuado sobre las desigualdades de género? ¿Se ha garantizado el acceso de las niñas a los servicios y recursos desplegados salud, comités de gestión y capacitación? ¿Se ha promovido la incorporación de la estrategia dual, basada en la integración de la igualdad de género (mediante el empoderamiento y generación de capacidades) y en la protección de las personas en situaciones de especial vulnerabilidad y riesgo, con especial atención a las mujeres y niñas potenciales víctimas de violencia basada en el género (MGF, matrimonios tempranos....)?
7) EBDH y Participación	Papel asignado y desarrollado por l@s titulares de derechos y actores locales (titulares de responsabilidades y obligaciones) a los que se dirige la propuesta y con los que se colabora durante el proceso.	¿Se ha beneficiado a los colectivos más vulnerables? ¿Se está incidiendo sobre sus Derechos Humanos, y/o en la prevención y reducción de riesgo/vulnerabilidad? ¿La intervención incluye medidas específicas orientadas al empoderamiento de las personas titulares de Derechos y las organizaciones locales? ¿Qué actores han participado y en qué medida? ¿Ha contribuido la intervención a la participación y empoderamiento de las mujeres? ¿Han sido eficaces los canales de participación establecidos?

3.4 Plan de Trabajo

3.4.1 Fases y cronograma:

La duración de la evaluación ha sido de nueve semanas a lo largo de los cuales el proceso se ha desarrollado en tres fases:

- Una fase inicial que comienza con la aprobación de la propuesta evaluativa y su notificación, tras la cual se remite y revisa la documentación generada en el marco del proyecto. Esta fase ha abarcado la identificación de la información disponible así como datos y dimensiones relevantes sobre el proyecto y el contexto vinculados a los criterios evaluativos a analizar. Asimismo, en esta fase se ha procedido, de forma coordinada con MZC y la contraparte en Malí:

- al diseño de las herramientas metodológicas para la recogida, procesamiento y análisis de la información con objeto de garantizar la viabilidad y rigor de las fuentes de información y su acceso; y,
- a la identificación de informantes clave, y la preparación del trabajo de campo.

- Una segunda fase centrada propiamente en la realización del Trabajo de Campo, mediante la puesta en marcha de los instrumentos, tanto online como presenciales,

acordados para la recopilación de datos dirigidos a informantes clave relevantes (fuentes primarias de la información), y al procesamiento de los datos extraídos.

- Finalmente, se ha procedido al análisis de los datos y la información obtenida, y su plasmación (redacción) en un informe preliminar de evaluación remitido a MZC para su consideración. Tras su devolución se ha procedido a elaborar el Informe evaluativo definitivo.

Tabla 8. Cronograma de la evaluación:

	Abril			Mayo				Junio		
Cronograma (semanas)	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Fase 1: Aprobación y Preparación de la propuesta metodológica										
1.1 Notificación aprobación contrato asistencia	X									
1.2 Recepción de documentación inicial		X	X	X	X					
1.3 Estudio de documentación técnica inicial			X	X	X					
1.4 Revisión de los TdR y de la propuesta metodológica			X	X	X					
1.5 Diseño de instrumentos y plan de campo				X	X					
Fase 2: Ejecución										
2.1 Levantamiento de la información específica					X	X				
2.2 Trabajo de campo							X	X		
2.3 Procesamiento de datos									X	
2.4 Ajustes y primer borrador								X		
Fase 3: Elaboración del informe final										
3.1 Redacción inicial del informe de evaluación								X	X	
3.2 Revisión por parte de MZC									X	
3.3 Redacción y entrega del informe final										X
3.4 Socialización de resultados										X

3.4.2 Trabajo de campo:

El trabajo de campo se ha realizado entre el 20 de mayo y el 6 de junio de 2024 y ha abarcado 3 áreas de salud (Dangassa, Niagadina y Safe-Bougoula) y el CSRef en Ouélésébougou.

Como ya se ha comentado anteriormente, la aplicación de las entrevistas se ha realizado de manera mixta, combinando la recogida de datos de forma presencial con las entrevistas online y vía cuestionario a los coordinadores del proyecto en Malí. Por otro lado, se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas con otros informantes clave, y visita a las localidades mencionadas. A lo largo de todo el desarrollo del trabajo de campo han participado 27 informantes distinguidos en 5 grupos principales:

- Grupo 1: A nivel de distrito: El centro de salud de referencia-CSRef (Médico Jefe del distrito sanitario), Servicio de Desarrollo Social (Director) y el Ayuntamiento (Secretario General);

- Grupo 2: Los centros de salud comunitario-CSCOM (el DTC y el responsable de la sala de maternidad);
- Grupo 3: Las asociaciones de salud comunitarios-ASACO (una mujer y un hombre);
- Grupo 4: Miembros de la comunidad y población beneficiaria de los centros de salud;
- Grupo 5: Personal técnico implicado de las organizaciones implementadoras, esto es MZC y MEDES SAPCOM.

Tabla 9. Agenda del trabajo de campo:

3. Agenda del trabajo de campo:

Actor	Participantes	Medio	
22 mayo 2024			
MZC España	• Jacobo López Puga, Responsable Seguimiento, Área Cooperación Internacional para el Desarrollo.	Entrevista Online Evaluadora: R.B Agirregomezkorta	
23 mayo 2024			
MZC Malí	• Mohamed Ag Akeratane, Coordinador Malí.	Entrevista Online Evaluadora: R.B Agirregomezkorta	
24 mayo 2024			
MZC Global	• Mila Ramos Jurado, Coordinadora General.	Entrevista Online Evaluadora: R.B Agirregomezkorta	
26 mayo 2024			
MZC Malí	• Daouda Konate, Coordinador proyecto.	Cuestionario Evaluadora: R.B Agirregomezkorta	
27 mayo 2024			
MEDES SAPCOM	• Karim Togola, Coordinador de campo	Cuestionario Evaluadora: R.B Agirregomezkorta	
Visita a las localidades de Dangassa, Niagadina, Safe-Bougoula y Ouélésébougou (1 y el 6 de junio de 2024)			
Área salud	Nombre	Sexo	
Safe-Bougoula	Samaké Saran	M	Beneficiaria
Safe-Bougoula	Coulibaly Souleymane	H	Tesorero de la ASACO
Safe-Bougoula	Dr Abdoulaye Koné	H	Director Técnico del Centro (DTC)
Safe-Bougoula	Coulibaly Sibiry	H	Secretario Administrativo de ASACO
Safe-Bougoula	Samaké Mariam	M	Matrona
Niagadina	Doumbia Nassa	M	Beneficiaria
Niagadina	Konaté Broulaye	H	Beneficiario
Niagadina	Samaké Aissata	M	Beneficiaria
Niagadina	Doumbia Aissata	M	Beneficiaria
Niagadina	Sidibé Abou	H	Tesorero de la ASACO
Niagadina	Diabaté Issa	H	DTC
Niagadina	Doumbia Korotoumou	M	Matrona
Dangassa	Camara Sékou	H	Beneficiario
Dangassa	Camara Sitan	M	Beneficiaria
Dangassa	Camara Kadiatou	M	Vicepresidenta de ASACO
Dangassa	Sanogo Kadiatou	M	Organizador ASACO
Dangassa	Camara Tamba	H	Presidente de la ASACO

Dangassa	Djiré Mariam	M	Matrona
Dangassa	Doumbia Seydou	H	Apoyo DTC
Ouélsésebouyou	Ouattara Moussa	H	Secretario General del Ayto
Ouélsésebouyou	Nanakassé Fah	H	Director de Desarrollo Social
Ouélsésebouyou	Dr Coulibaly Lassana	H	Director Médico en funciones

3.5 Condicionantes y límites de la evaluación

La principal dificultad reside en la complejidad de desplazarse a Malí, que se ha salvado con la búsqueda e implicación de una consultora maliense con experiencia, conocimiento de la zona y manejo del idioma local. La consultora local cumple todos los criterios requeridos y cuenta con un perfil médico que la hace adecuada para llevar a cabo el trabajo de campo con garantía de calidad. Esta búsqueda implicó una demora en la fecha inicialmente prevista por lo que se solicitó una ampliación de un mes que fue aceptada por AEXCID y MZC.

La presencia de una consultora de origen maliense ha facilitado en todo momento las limitaciones que estuviesen asociadas a las cuestiones de diferencia cultural o idiomática y el trabajo de campo se ha desarrollado sin mayores inconvenientes. La comunicación entre el equipo consultor no cuenta con contratiempos destacables.

Otro condicionante relevante a destacar residen en el hecho de que, dado el énfasis en la salud sexual y reproductiva (SSR) y la participación de las mujeres en las acciones planificadas, se había previsto entrevistar a representantes de ambos sexos correspondientes a los distintos grupos, y durante el trabajo de campo nos hemos encontrado con la dificultad de entrevistar a mujeres de las ASACO en Niagadina y Safe-Bougoula, bajo el argumento de que *las mujeres no se encontraban disponibles por motivos familiares*, esto es, debido a las consideraciones culturales tradicionales y a su rol de cuidado de hogar. Como se apreciará a lo largo de la evaluación, se trata de un desafío inherente al país objeto de actuación. Se trata de un desafío inherente al país objeto de actuación. No obstante, tomamos nota que sendas localidades se iniciaban con este proyecto y aventuramos que las resistencias son mayores en esta primera fase de contacto y que irán disminuyendo en fases posteriores. De todas maneras, requiere una mayor vigilancia y esfuerzo.

3.6 Difusión y Socialización de Resultados

En el caso de Malí, en todo momento se ha movilizado a los medios de comunicación locales, especialmente a través de 3 radios locales (Ciwara, Fasso Kanou y Djitoumou) que emiten en el idioma predominante del área, para la cobertura mediática de las actividades desplegadas y los mensajes asociados.

No obstante, no se ha planteado ninguna acción de difusión ni sensibilización en España o Extremadura, más allá de la habitual mención en la web y memoria de actividades de MZC,

y el envío de un vídeo sistematizador elaborado a tal fin que ha sido compartido con la AEXCID.

IV. Análisis e interpretación de la información recopilada. Principales hallazgos en relación con los criterios de evaluación establecidos

Tras la recogida de documentación y la realización del trabajo de campo, se ha procedido al análisis de la información, tomando como referencia los criterios y preguntas evaluativas mencionadas, así como de los indicadores establecidos extraídos del marco Lógico.

Como se desarrolla a continuación, la valoración resultante ha sido, en general, positiva, alcanzando los objetivos previstos en tiempo y forma, esto es con los recursos previstos, aunque se identifican algunas áreas de mejora.

4.1 Pertinencia y Adecuación de la propuesta

Valoración: 

Se puede decir afirmar que la propuesta resulta altamente pertinente y oportuna en este contexto donde los sistemas de salud son precarios, poco eficientes y donde la mayor parte de la población, casi el 60% de la población rural, no accede a los sistemas de salud, la mayor parte de los partos se realizan en los hogares y donde casi el 90% de las niñas sufre la Mutilación Genital Femenina (MGF) afectando a su salud permanentemente.

Como se deduce de su lectura, responde plenamente a las necesidades identificadas mediante el Estudio *Diagnóstico sensible al género de la situación en el ámbito del Desarrollo Rural Integrado en la Comuna de Ouelessebougou*, llevado a cabo en enero 2022 por MZC con una amplia colaboración de actores y que se realizó en las 17 áreas de salud comunitaria de la comuna rural objeto de actuación⁸. Esta amplia y variada implicación es posibilitada por la metodología participativa empleada para el diagnóstico: el Diagnóstico Rural participativo basado en el *Análisis Socio-Económico y de Género* (ASEG) impulsado por la FAO y que MZC emplea desde hace décadas, contando con amplias capacidades y reconocida experiencia en su manejo.

Así, entre los actores participantes se encuentran desde Asociaciones y cooperativas de mujeres hortícolas de 8 localidades⁹, la Federación Local de Salud Comunitaria (FELASCOM) y Asociaciones de Salud Comunitarias (ASACO), Centros de salud comunitaria (CSCOM), el Centro sanitario de Referencia de Ouelessebougou, así como diversas autoridades sanitarias

⁸ Ver necesidades identificadas en MZC(2022): “Diagnóstico sensible al género de la situación en el ámbito del Desarrollo Rural Integrado en la Comuna de Ouelessebougou”, pg. 27 en adelante.

⁹ Estas son: Kafara, Ntentoukouro, Sougoula, Fani-Kodialan, Ouelessebougou, Denfara, Tamala y Ferekoroba.

y administrativas (Alcaldía de la comuna de Ouelessebougu, Servicio Local de Solidaridad y economía Solidaria, Servicio Local de Promoción de la Mujer, Infancia y Familia).

Se observa la alta participación en el estudio de las necesidades que contribuye a asegurar una adecuada identificación de las necesidades y propuestas de solución, incluyendo las consecuentes consideraciones de género, así como la apropiación local de la iniciativa.

Así pues, el proyecto se formula recogiendo las necesidades detectadas a las que ambiciona dar respuesta a través de las siguientes estrategias:

Tabla 10. Problemáticas y estrategias:

Problemas identificados	Estrategias planteadas
Instalaciones deficientes de los Centros de Salud (CSCOM) para abordar las necesidades de la población y desarrollar una prevención y atención de calidad y afrontar casos de COVID-19.	Mejora de infraestructuras sanitarias, agua y saneamiento, y electrificación solar.
Carencia de material.	Dotar a los CSCOM de equipos, material y suministros sanitarios.
Personal sanitario poco formado.	Capacitación del personal sanitario sobre prevención de enfermedades, en particular Covid 19, y el enfoque comunitario y de prevención.
Escasa calidad en la atención prestada.	Mejora de la gestión de los CSCOM y ASACO.
Población desinformada sobre prevención y medidas de salud.	Campañas de concientización sobre prevención
Situación de discriminación de las mujeres y niñas y vulneración de sus derechos y el control de su cuerpo y derechos sexuales y reproductivos (MGF, matrimonios precoces...)	Mejora calidad de atención salud sexual y reproductiva (mediante dotación de equipos y capacitación del personal sanitario). Sensibilización sobre derechos de mujeres y niñas en el ámbito de la salud.

Elaboración propia.

En general, las infraestructuras sanitarias en Malí son insuficientes y la cobertura sanitaria es mínima especialmente para grupos de población vulnerables como mujeres y niñas en zonas rurales. El proyecto se formula considerando la escasez de equipamiento sanitario en los CSCOM identificados, de material médico desechable y de medicinas. Igualmente, existe la necesidad de garantizar la electricidad que se realizará por medio de paneles solares.

El marco de actuación es completamente respetuoso con la Política Sectorial de Salud y Población del Gobierno de Malí adoptada en 1990, y las estrategias y estructuras desplegadas a partir de la misma, esto es, un sistema de salud fundamentado en los principios de la atención primaria de salud, a través de estructuras comunitarias, donde las asociaciones de salud comunitaria (ASACO) juegan un papel clave, al impulsar y gestionar los centros de salud comunitarios (CSCOM), base de la pirámide sanitaria maliense.

El proyecto se alinea, además, con las prioridades estratégicas de Malí definidas en:

- *Marco Estratégico para el Crecimiento y el desarrollo sostenible* (CREDD 2019 -2023), ver objetivo 5.1. “Contribuir a la mejora del estado de salud” y consecuentes objetivos estratégicos;

- *Plan Decenal de desarrollo sanitario y social 2014-2023*, que establece entre sus objetivos mejorar la salud de las mujeres e infancia en lo relativo a la mortalidad materna, neonatal e infantil, y la reducción de enfermedades mediante la prevención;
- *Plan quinquenal de Desarrollo Socioeconómico y Cultural* (PDSEC) de la municipalidad de Ouelesebougou en sus objetivos de acceso a la salud.

A nivel internacional, la iniciativa resulta consistente con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible impulsada por Naciones Unidas y asumida por los actores internacionales y los gobiernos, especialmente en lo que se refiere a los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS) sobre Salud (ODS 3) aunque también contribuye a los ODS 5, 6 y 7 (Igualdad de Género, Agua Limpia y Saneamiento, Energía Asequible y No Contaminante, respectivamente). Extremadura y Malí también se hacen eco y compromisarios de estos objetivos.

Asimismo, se alinea con el *Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible* (MANUD) y los objetivos de Naciones Unidas en Malí, especialmente en lo que se refiere a su Eje 3 sobre acceso a servicios sociales básicos accesibles y de calidad, y protección social inclusiva.

Respecto a la Cooperación Española, el *V Plan Director de la Cooperación Española* prioriza la cooperación con Malí, especialmente en actuaciones dirigidas a garantizar la implantación y acceso a derechos y servicios sociales básicos, y la consolidación institucional. El proyecto también resulta consistente con el objetivo global del *Marco de Asociación País* (MAP) 2016-2018 referido “a la construcción de la resiliencia de las poblaciones y comunidades, y a la ampliación de sus oportunidades de desarrollo, incidiendo particularmente en la mejora de las condiciones de salud, con un explícito enfoque transversal de género y de medio ambiente” que consideramos cumple plenamente la iniciativa evaluada. De manera más específica, se alinea con el OE4 “Fomento de sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos”, la línea de actuación L4.1. “Derecho humano a la salud: equidad y cobertura universal” y el Resultado de Desarrollo (RD) 1 centrado en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

En cuanto a la cooperación extremeña, la iniciativa responde plenamente a los objetivos planteados en el Convocatoria de Subvenciones 2022, al tener como finalidad “*contribuir al desarrollo humano y sostenible basado en la equidad de género, orientado a superar las asimetrías globales, las desigualdades, el uso insostenible del ecosistema y a garantizar los Derechos Humanos, con especial atención a la situación sanitaria, de acceso a derechos sociales básicos, ... y otras situaciones de vulneración de Derechos Humanos, provocadas por la pandemia del COVID-19*” (punto 3, Resolución de 16 de diciembre de 2021, de la Secretaría General, por la que se convocan subvenciones a Proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo tramitadas por el procedimiento de concurrencia competitiva para el año 2022. BOE nº 8, 13 de enero de 2022, pg 2281).

Por último, la intervención resulta coherente con los objetivos organizativos y estratégicos de MZC y MEDES SAPCOM. Así, en el caso de MZC desarrolla las prioridades establecidas en el *Plan Estratégico 2021-2025* y sus Objetivos Específicos 3, 5 y 6¹⁰; mientras que el objeto social de MEDES SAPCOM, tal y como se establece en sus estatutos es *“la protección y mejora de la salud y el modo de vida de la población del sur de acuerdo con la declaración de Alma-Ata”*. Esta declaración, impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre de 1978 y acordada por 134 naciones en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, expresa el compromiso con la protección y promoción de la salud universal, entendido este como derecho humano¹¹. Resulta de interés ver la alta sinergia y consistencia del enfoque y metodología de actuación asumido por MEDES SAPCOM y desarrollado en el proyecto con el enfoque sobre la atención primaria y comunitaria definido en Alma-Ata:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. ... Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria.” ([Declaración de Alma-Ata](#), 1978, punto VI)

Para ello, MEDES SAPCOM cuenta con reconocida trayectoria y capacidades en el ámbito médico y en el fortalecimiento de los servicios de salud, con especial énfasis en los servicios de maternidad y planificación familiar, componentes de la SSR.

Asimismo, la iniciativa evaluada resulta consistente con la trayectoria de sendas entidades en Malí. Aún más, profundiza en la lógica de colaboración conjunta en la zona objeto de actuación y en el ámbito de la salud que se remonta hasta 2007 hasta la intervención previa a esta en 2020. Todos estos datos evidencian la dilatada experiencia de trabajo conjunto que garantiza un adecuado desempeño de la actuación evaluada.

4.2 Eficiencia

Valoración: 

En este apartado abordamos diversas dimensiones relacionadas con una gestión eficiente dirigida al logro de resultados, entre ellas la relación entre dicha consecución y los recursos

¹⁰ Estos son: Promover las sinergias con las instituciones y agentes sociales para la promoción de la igualdad efectiva y la defensa de los derechos humanos (O.E.3); Promover la participación intercultural y sociocomunitaria para el ejercicio de derechos y la apropiación de los espacios públicos sociales, culturales, económicos y políticos (O.E.5); Contribuir a la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres mediante la apropiación de sus cuerpos y el pleno ejercicio de sus derechos (O.E.6).

¹¹ Se puede acceder a la Declaración en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Declaracion-Alma-Ata.pdf>

utilizados, tanto económicos y materiales (eficiencia económica) como humanos, junto a la gestión de las actividades y el ajuste a la calendarización del plan de trabajo previsto (eficiencia temporal) que, de manera resumida, se valoran de manera positiva, tal y como se detalla a continuación.

4.2.1 Calendario y actividades:

Con respecto al cronograma previsto y la ejecución de las actividades, se solicitó una ampliación de plazo de dos meses que le fue concedida lo que supone un periodo de ejecución final de 14 meses, finalizando esta el 30 de noviembre 2023.

Esta prórroga fue solicitada debido a una demora en las actividades de capacitación y sensibilización. El resto de actividades fueron ejecutadas tal y como estaba previsto. Las razones argüidas hacen referencia a un incremento de las dificultades burocráticas que afrontan las ONGs tras el golpe de estado del 24 de mayo de 2021 y el requerimiento de mayores autorizaciones para desarrollar actividades en el país, lo que genera ciertos retrasos que no resultan sustantivos.

Tabla 11. Actividades realizadas:

Líneas/Ejes Estratégicos:	Actividades relacionadas:
1. Mejora de infraestructuras sanitarias	
Construcción y reforma Infraestructuras, equipamiento y sistemas de agua y saneamiento, y energía solar	A1.1.; A1.2; A1.3
2. Fortalecimiento de capacidades:	
2.1) Mejora atención y provisión de servicios sanitarios (Personal sanitario de los CSCOM)	A2.1; A2.2;
2.2) Mejora en la gestión de los centros de salud (ASACO)	A3.1.; A3.2; A3.3; A3.4
3. Sensibilización y Concientización comunitaria	A2.3; A2.4

Elaboración propia

Así, en el CSCOM de Dangassa se rehabilitó el sistema de agua y saneamiento junto a una sala de maternidad, mientras que en los CSCOM de Niagadina, Dijitoumou, S.Bougoula, Káfara y Digan se procedió a instalar paneles fotovoltaicos garantizando de este modo la electrificación. Asimismo, se adquirieron los consumibles y equipos médicos previstos para las salas de maternidad, dos motos ambulancias, y se construyeron tres incineradores en los CSCOM más alejados del CSRéf (esto es, Dangassa, Safé-Bougoula y Niagadina).

Tanto el personal de los CSCOM y ASACO como las autoridades manifiestan su satisfacción con la rehabilitación y los equipos adquiridos siendo los elementos mejor valorados de la intervención, al facilitar, en resumidas cuentas, una mejor asistencia médica y unas instalaciones más dignas y adecuadas. En segundo lugar se valora la formación dirigida a las ASACO y al personal sanitario de los CSCOM.

Así, en las entrevistas se identifican, entre otros, los siguientes elementos más valorados:

(L)a construcción y equipamiento de la unidad de maternidad de Dangasa y la dotación de una motoambulancia para cada uno de los CSCOM de Dangassa y Safebougoula. (Coordinador en terreno, MEDES SAPCOM)

Sala de partos garantizada y disponibilidad de personal cualificado (en Niagadina) (Presidente ASACO, Niagadina)

La dotación al centro de equipamiento y suministros (Profesional/Autoridad sanitaria, CSRef Distrito)

Confort para el personal y los usuarios de los servicios; trabajo más fácil, uso de agua potable (Profesional sanitaria, Dangassa)

Almacenamiento en frío de determinados productos, facilitación de las derivaciones/evacuaciones (Director Técnico CSCOM Safe-Bougoula)

Trabajo nocturno en la unidad de maternidad más fácil y seguro (gracias a la electrificación solar). (Director Técnico CSCOM Niagadina)

4.2.2 Presupuesto:

En cuanto a la adecuación del presupuesto y la gestión de los recursos (económicos, humanos, tecnológicos y naturales), las partidas más sobresalientes previstas durante la planificación hacen referencia, por un lado, a la mejora de *Infraestructuras*¹² y, de otro, a la partida de *Personal local* (A.5.a). Estas partidas resultan claves para la consecución del R1 y R2, respectivamente, vinculados directamente con las reformas previstas en las instalaciones y equipamientos del sistema de salud de Ouélessebouguou y la mejora de las competencias y de la atención en salud. Estos epígrafes suponen el 55 % del presupuesto total y el 60% de los costos directos resultando consistente con la naturaleza de la propuesta.

El presupuesto ejecutado del proyecto asciende a 264.668,42 euros, siendo el porcentaje de ejecución del 100,03%. No se aprecian desviaciones significativas entre partidas, siendo estas menores del 1,5% y resultando compensadas entre sí. La partida que ha sufrido mayor incremento es la relativa a 'Equipos y materiales y suministros' (A.4) siendo compensada con un menor gasto en la partida de personal (A.5).

Tabla 12. Presupuesto previsto inicialmente y finalmente ejecutado:

PARTIDAS	Coste Total Previsto	% respecto al total	Coste Final Ejecutado	% Ejecutado	Desviación
A.- TOTAL GASTOS DIRECTOS	242.208,79	91,54%	242.278,41	100,03%	0%
A.1.- Identificación y formulación					
A.2.- Terrenos e inmuebles	4.100,00	1,55%	4.100,02	100,00%	0%
A.2.b.- Alquiler de terrenos / inmuebles	4.100,00	1,55%	4.100,02	100,00%	0%
A.3.- Construcciones / reformas inmuebles	59.555,00	22,51%	57.956,24	97,32%	-0,61%
A.4.- Equipos, materiales y suministros	38.948,00	14,72%	42.240,07	108,45%	1,24%
A.4.a.- Adquisición de inventariable	29.548,00	11,17%	32.313,09	109,36%	1,04%
A.4.c.- Consumibles	9.400,00	3,55%	9.926,98	105,61%	0,20%
A.5.- Personal	99.495,79	37,60%	97.849,91	98,35%	-0,63%
A.5.a.- Personal Local	46.913,00	17,73%	43.486,70	92,70%	-1,30%
A.5.a.- Personal en Sede en Extremadura	23.691,69	8,95%	23.347,92	98,55%	-0,13%

¹² Ver partidas relativas a Construcciones / reformas de inmuebles (A.3.), y Equipos, Materiales y Suministros (A.4).

A.5.c.- Personal Expatriado	28.891,10	10,92%	31.015,29	107,35%	0,80%
A.6.- Viajes, alojamientos y dietas	11.840,00	4,47%	13.532,90	114,30%	0,64%
A.7.- Servicios técnicos y profesionales	22.270,00	8,42%	20.651,02	92,73%	-0,61%
A.8.- Funcionamiento	1.200,00	0,45%	1.117,20	93,10%	-0,03%
A.10.-Auditoría y Evaluación	4.500,00	1,70%	4.500,00	100,00%	0%
A.10.a.- Auditoría	1.200,00	0,45%	1.200,00	100,00%	0%
A.10.b.- Evaluación	3.300,00	1,25%	3.300,00	100,00%	0%
A.11.- Gastos financieros, notariales, registrales y de garantía bancaria	300,00	0,11%	331,07	110,36%	0,01%
B.- TOTAL GASTOS INDIRECTOS	22.390,00	8,46%	22.389,99	100,00%	0%
TOTAL GENERAL	264.598,79	100,00%	264.668,42	100,03%	
PORCENTAJE SOBRE TOTALES	100,00%				

Cabe mencionar que el presupuesto no ha contemplado recursos para la difusión o sensibilización de la iniciativa en Extremadura.

En general y en cuanto a la distribución entre partidas y subpartidas, los porcentajes en el presupuesto son coherentes con la intervención, ya sea en la partida de recursos humanos como en las partidas de equipamiento y materiales.

4.2.3 Recursos humanos:

En cuanto a los recursos humanos, tanto de MZC como de MEDES SAPCOM, según se puede analizar a partir de las entrevistas realizadas, se constata que se trata de personal cualificado, conocedor de la realidad local, con dominio fluido del bamanankan -idioma mayoritario en la zona objeto de actuación-, y con dilatada experiencia, que viene colaborando desde 2007 en el ámbito de la salud comunitaria.

MZC cuenta en Malí con un equipo permanente de 15 personas, de las que un 40% son mujeres, ubicadas de manera descentralizada en las distintas áreas de trabajo, por lo que el grado de seguimiento en terreno y su contacto con la realidad es óptimo, no sólo en lo que se refiere a la ejecución del proyecto sino en el posterior seguimiento de la sostenibilidad de los procesos impulsados. Alrededor del 47% del personal de MZC Malí se ha implicado de una u otra forma, ver tabla a continuación, de los cuales el 86% han sido varones y tan sólo una mujer.

Tabla 13. Personal Implicado en el proyecto:

	Nombre	Sexo	Puesto	Función	Ubicación	Entidad	Tiempo Dedicación
1	Mohamed Ag Akeratane	H	Coordinador País	- Gestión de relaciones con socios; - Supervisión general del personal; - Gestión de las relaciones técnicas y admvtas. con la sede de MZC.	Bamako, Malí	MZC	14 meses al 30%
2	Fatimata Walet Alassane	M	Administradora	- Gestión presupuesto; - Adquisición de recursos materiales y financieros; - Pago de salarios del personal; - Supervisión de la elaboración de los documentos justificativos; - Elaboración y envío de informes financieros a la oficina central.	Bamako, Malí		14 meses al 30%
3	Fadiala Kamissoko	H	Jefe de proyectos	- Seguimiento de las actividades del proyecto; - Apoyo en la gestión de las relaciones con los	Bamako, Malí		14 meses, 25%

				socios.			
4	Daouda Konate	H	Coord. proyecto	- Planificación de actividades proyecto; - Coordinación d la ejecución de las actividades sobre el terreno en colaboración con el personal técnico y los proveedores de servicios; - Reporte del progreso del proyecto y las dificultades que surjan.	Bamako, Malí		14 meses, 70%
5	Karim Togola	H	Coordinador de campo	- Ejecución de actividades; - Apoyo a los proveedores de servicios en la prestación de sus servicios; - Reporte periódico al coordinador (del proyecto o país); - Reporte a los socios locales de las actividades del proyecto; - Coordinación actividades junto con el Asesor de Formación.	En terreno		14 meses, 100%
6	Kouunkoulba Adama Babaryande	H	Asesor de Formación	- Ejecución de actividades; - Apoyo a proveedores de servicios en la prestación de sus servicios; - Reporte periódico al coordinador (del proyecto o país); - Reporte a los socios locales.	En terreno		14 meses, 100%
7	Jacobo López	H	Responsable seguimiento	Seguimiento e interlocución AEXCID.	Granada, España		3 meses, 14%
8	Fatoumata Yare	H	Contable	- Propuesta presupuestos para actividades; - Movilización de los recursos presupuestados; - Financiación de la ejecución de las actividades encomendadas a MEDES SAPCOM. - Reporte documentos justificativos a MZC.	Bamako, Malí		14 meses, 70%
9	Karim Togola	H	Coordinador de campo	- Coordinación de las actividades sobre el terreno con el distrito sanitario de Ouélessébougou; - Apoyo al equipo de gestión del distrito en la organización de talleres formativos; - Diagnóstico de necesidades formativas y de recursos; - Supervisión formación a CSCOM y ASACO; - Apoyo al desarrollo de TdR y presupuestos durante la ejecución; - Asistencia técnica a los CSCOM y ASACO; - Organización de visitas sobre el terreno; - Representación ante las autoridades administrativas y sanitarias del distrito en las reuniones de coordinación; - Reporte quincenal al equipo coordinador; - Difusión/comunicación (radio locales).	En terreno	MEDES SAPCOM	14 meses, 100%

El personal técnico vinculado a la intervención, tanto de MZC como de MEDES SAPCOM, es conocedor del idioma mayoritario en la zona de actuación y de la zona de actuación lo que garantiza una adecuada comunicación e interlocución con la comunidad y las autoridades locales. En cuanto a la desagregación por sexos, se observa una sustantiva predominancia de varones (89% frente a un 11% de mujeres), derivada de un contexto como el maliense donde la situación de desigualdad es tan aguda.

Aún reconociendo la dificultad, en el actual contexto sociocultural de Malí, de contar con un personal paritario o de promover la participación de las mujeres en todos los procesos, se considera que la ambición de MZC, plasmada en la propuesta de formulación en la cual se afirma que *“(l)os intereses estratégicos favorecidos serán una división del trabajo más equitativa, mayor acceso a la información, formación y a los espacios de participación generados en el proyecto”* (apartado 3.7.b), debe permear también a los mecanismos y recursos internos puestos en marcha por la entidad.

Por lo que se refiere a las capacidades organizativas de MEDES SAPCOM y su personal, focalizados en el ámbito de la salud comunitaria, éstas son positivamente valoradas por MZC:

El punto fuerte de esta colaboración es la flexibilidad y la especialización/experiencia de MEDES SAPCOM en el ámbito de la salud (Coordinador del proyecto, MZC Malí).

La experiencia con MEDES SAPCOM es positiva, son diligentes tanto en términos de eficiencia como en rapidez a la hora de hacer las cosas. Por lo que es mi parte, el seguimiento, tengo cero quejas. (Responsable Seguimiento España)

Yo lo valoro muy positivamente. Sin MEDES SAPCOM habría muchísima gente desatendida en Malí. Cuenta con un equipo humano muy comprometido con la gente que verdaderamente lo necesita (Coordinadora General de MZC).

Es una ONG con la que llevamos tiempo trabajando, ... porque está especializada en salud, cuenta con mucho personal (médicos, matronas, enfermeras, parteras...), conocen la zona, conocen la administración de Malí, y la mayoría de su personal habla también el idioma local, el Bambara. Entonces, es fácil con ellos comunicar(se) con la población. Tenemos buena relación con ellos, tenemos muchos años de colaboración, y resulta muy fácil colaborar con ellos. Todo ello hace que sean los mejores socios en la zona para nosotros (Coordinador MZC Malí).

Por su parte, desde MEDES SAPCOM lo más valorado de la dilatada trayectoria de trabajo conjunta es también la capacidad de *trabajo en equipo* de ambas entidades (Coordinador de campo, MEDES SAPCOM).

Tabla 14. Entidades colaboradoras del proyecto:

Instituciones/Servicios	Roles
Subprefectura de Ouélessébougou	Asistir y Presidir reuniones, Supervisión de las actividades del proyecto.
Alcaldía de Ouélessébougou	Apoyo a la sensibilización.
Centro sanitario de referencia de Ouélessébougou (CSRéf)	- Movilización del personal sanitario para las actividades del proyecto (formación, sensibilización, etc.); - Formación del personal sanitario beneficiario del proyecto; y - Promoción del proyecto en el distrito sanitario.
Servicio de Desarrollo Social y Economía Solidaria de Ouélessébougou (SDS-ES)	- Formación de las asociaciones comunitarias de salud; - Apoyo a la sensibilización de la comunidad.
Centro de Salud de Referencia (CSRef)	Participantes en el proyecto: apoyo en el diagnóstico, y beneficiarios.
Asociaciones de Salud Comunitarias (ASACO), Comités de gestión de la Salud	
Centros de Salud Comunitarias (CSCOM)	

Elaboración propia

Respecto a los **Mecanismos de trabajo, colaboraciones y sinergias**, se procedió a crear un Comité de dirección del proyecto para asegurar una eficiente supervisión y seguimiento del proyecto compuesto por los principales agentes implicados. Este comité se reunió periódicamente (de manera mensual), para obtener información y evaluar las actividades desplegadas así como adoptar recomendaciones en caso preciso. En estas reuniones participaban por parte de MZC y MEDES SAPCOM los coordinadores del proyecto y de campo, y el asesor de formación junto con los agentes, organismos administrativos y entidades colaboradoras. En estas reuniones se realizaba el seguimiento de la planificación

y calendarización del proyecto así como de los costes del proyecto, se informaba acerca de las actividades, y en caso necesario se resolvían las dificultades.

A estas reuniones de coordinación con actores, hay que añadir las reuniones de seguimiento internas de MZC, celebradas cada trimestre, en las que participaban además del equipo de campo el equipo residente en Bamako: coordinador nacional, administradora financiera, el jefe de proyectos, y el coordinador del proyecto, junto a un becario.

Por otro lado, es de resaltar el papel relevante de las aportaciones de las comunidades y las familias en la puesta en marcha de la salud comunitaria, el mantenimiento de los CSCOM y su gestión. De ahí su papel clave en el desempeño del proyecto, especialmente significativo en el mantenimiento de las ASACO y el mantenimiento económico de los CSCOM, así como en la organización de actividades y campañas de sensibilización, como la relativa a la R3 acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la prevención de enfermedades o complicaciones relativas a prácticas que inciden en la salud.

Estas tareas requieren un ingente esfuerzo en tiempo, trabajo y coordinación que, sin embargo, no se refleja en el presupuesto a pesar de resultar altamente eficiente, al ser sostenidas gracias a la aportación voluntaria y gratuita de miembros de la comunidad maliense en la prevención de enfermedades, gestión y dinamización comunitaria en el ámbito de la salud. Su contabilidad, aún de manera meramente referencial o simbólica, hubiera contribuido a visibilizar el ahorro significativo de costos, entre otros aspectos, al tiempo que hubiera visibilizado la contribución de los y las miembros de la comunidad, especialmente de las mujeres, principales responsables del bienestar familiar sobre las que recae el cuidado de menores y personas enfermas.

No obstante, el desempeño general muestra no sólo un nivel óptimo de eficiencia y previsión en la gestión económica sino un uso eficiente y coordinado de los recursos de las entidades implicadas que es positivamente valorado.

4.3 Eficacia

Valoración:

Las tres estrategias o dimensiones de trabajo en las que se basa la iniciativa se vinculan directamente con los tres resultados previstos que, de manera general, han sido alcanzados de manera adecuada, aunque se observan algunos elementos a considerar que matizan esta valoración general que procedemos a señalar a continuación.

Mencionar también que a pesar de la permanencia del Covid, ésta no ha incidido de manera significativa en el adecuado desarrollo de las actividades programadas aunque sí se ha notado negativamente en la ejecución de ciertas actividades, en particular las sesiones

formativas y campañas de sensibilización en opinión del coordinador de MEDES SAPCOM sobre el terreno.

4.3.1. Resultado 1 (R1): Mejoradas las instalaciones del sistema de salud en el distrito sanitario de Ouélessebougou:

Gracias a la intervención se ha construido y equipado una maternidad y un sistema de agua y saneamiento en Dangassa dotándolo, además, de equipos apropiados tanto para la cobertura sanitaria básica (frigorífico médico, mesa de consulta, mesa ginecológica, mesa de partos, pesos, tensiómetros y ecógrafos) como con incineradores de desechos biomédicos que eviten la propagación de enfermedades y perjuicios al medioambiente. Además, tras un diagnóstico acerca de las necesidades de suministros de los CSCOM, se dotó a los seis CSCOM más necesitados (Dangassa, Niagadina, Safé-Bougoula, Digan, Marako y Sanankoro-Djitoumou) con medicamentos y consumibles médicos por un valor de 520.000 francos CFA.

La adecuación de infraestructuras y la adquisición de recursos materiales han contribuido, sin lugar a dudas, a mejorar la calidad y capacidad de respuesta sanitaria de los centros de salud intervenidos. El equipamiento de una maternidad en Dangassa junto a la reforma del sistema de agua y saneamiento garantiza una atención sanitaria en condiciones higiénicas seguras y de calidad. Es de valorar el énfasis y la preocupación por aproximar el servicio de atención de SSR y maternidad debido a la lejanía del Centro de salud de Referencia (CSRef). Los informes de inauguración y construcción anexados al informe final presentado por MZC dan fé de los trabajos realizados, los costes y recursos empleados. El material adquirido ha contado con el aval de la dirección del CSRef.



Fotos de la Maternidad de Dangassa



Asimismo, se han rehabilitado las instalaciones eléctricas de los CSCOM mediante paneles fotovoltaicos lo que les dota de autonomía y ahorro energético. Esta actuación es valorada positivamente dado que contribuye a resolver la estructural falta de electricidad y cortes de luz que asola al país. Según se nos traslada, en las ciudades a veces cuentan con luz durante 2 ó 3 horas al día, una situación que se agudiza en el ámbito rural. Consecuentemente, la instalación de paneles y baterías solares garantiza la producción y autosuficiencia energética, alcanzando cierta autonomía y garantizando una apropiada atención sanitaria, incluyendo por las noches gracias a las baterías.

Todos los materiales, suministros y equipos médicos aprobados en el presupuesto han sido adquiridos e instalados correctamente por la empresa maliense *Koumara Distribution Service Sarl*, registrada en 2008, la cual cuenta con experiencia y capacidad técnica.

Por último, la experiencia previa en proyectos similares ha demostrado que las motoambulancias resultan la forma más rápida y eficiente de desplazarse en los caminos rurales del distrito, y son especialmente útiles para la evacuación urgente y de emergencia de pacientes y mujeres (urgencias obstétricas).

La única ambulancia que se dispone en el distrito sanitario, ubicado en el CSRef demora entre 3 y 6 horas y se encuentra en malas condiciones. Consecuentemente, la adquisición de dos moto-ambulancias para los CSCOM de Dangassa y Safé-Bougoula, las más alejadas del CSRef, resulta altamente eficaz y contribuye a los objetivos propuestos (R1 y R2).

4.3.2. Resultado 2 (R2): Mejorada la atención en salud en el distrito sanitario de Ouélessebougou, especialmente a mujeres y niñas

El segundo eje de intervención se ha centrado en la mejora de la atención en salud en los once CSCOM intervenidos, especialmente en lo que respecta a la atención de mujeres y niñas. Para su consecución, se han realizado capacitaciones dirigidas al personal sanitario en torno a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), y la gestión de enfermedades, como el Covid. Por otro lado, se han llevado a cabo acciones de sensibilizaciones enfocadas a la población, dirigidas a incidir sobre su percepción acerca del sistema de salud, la SSR y los derechos de las mujeres y niñas en el ámbito de la salud junto a campañas preventivas y de vacunación contra la COVID.

Tabla 15. Participación en actividades formativas:

Temas de formación/sensibilización:	Dirigido a:	Participantes		
		Hombres	Mujeres	Total
Gestión administrativa y contable (10 horas)	Asociaciones de salud comunitaria (ASACO)	33 (100%)	0	33
Salud sexual y reproductiva (SSR), y Covid19 (15 horas)	Personal sanitario de los centros de salud comunitarios (CSCOM)	27 (45%)	33 (55%)	60
Total talleres formación		60 (64,5%)	33 (35,5%)	93 (100%)
Ventajas de utilizar los centros sanitarios, vacunaciones, SSR (15 horas)	Comunidades de los cuatro (4) nuevos CSCOM beneficiarios del proyecto	4.189	4.360	8.549
Porcentaje Total por sexo campañas sensibilización		49%	51%	100%

Aunque se observa un promedio positivo en la participación de mujeres en ambas actividades de la tabla anterior se desprende que dicha participación ha resultado desigual dependiendo de la población a la que se dirigía. Así, mientras que de los 60 profesionales¹³ de los CSCOM que han recibido capacitación un 55% han sido mujeres, ninguna mujer ha

¹³ A razón de cinco profesionales por CSCOM junto a otros del CSRef, repartidos en 3 sesiones.

participado en las formaciones dirigidas a las ASACO como se desarrollará en el siguiente apartado.

Centrándonos en la formación dirigida al equipo profesional de los CSCOM, la distribución de los y las profesionales sanitarios en tres sesiones se ha basado en la idea de beneficiar a todos los agentes sociosanitarios de los 11 CSCOM pero evitando que la formación afectara negativamente al funcionamiento normal del CSCOM, una consideración que es valorada positivamente.

Tal y como se deduce de los informes de las formaciones adjuntados desde el terreno, los temas y contenidos impartidos por un médico especialista en SSR del CSRéf y el Médico jefe, ginecólogo obstetra, se centraron en la atención a aspectos específicos de la atención médica, entre ellas la Maternidad sin riesgos (cuidado prenatal, cuidado perinatal, cuidado postnatal); la Planificación familiar; y, la Prevención y protección contra infecciones sexuales transmisibles, incluyendo el VIH/SIDA.

Los informes de formación presentados en las fuentes de verificación detallan, además de las metodologías de enseñanza utilizadas de carácter participativo, los post-test realizadas por el personal formador los cuales apuntan a una evolución positiva en las habilidades y competencias profesionales, con un promedio de 9.59% de incremento en los conocimientos, que prevemos redundará en una mejor atención.

Tabla 16. Profesionales sanitari@s participantes en las formaciones:

Áreas salud/CSCOM	Sesiones			Participantes
	1ª	2ª	3ª	
CSRéf	1	2	1	4
Bénéko	2	1	2	5
Digan	1	2	0	3
Kafara	2	2	2	6
Mana	2	1	2	5
Marako	2	1	2	5
Ouélessebougou	3	1	2	6
Dangassa	2	1	2	5
Niagadina	2	3	1	6
Safé-Bougoula	1	2	2	5
Sanankoro Djitoumou	2	1	2	5
Tinkélé	1	2	2	5
Total	21 (38%H-62%M)	19 (47,5%H-52,5%M)	20 (50%H-50%M)	60 (45%H-55%M)

Fuente: Informes de las formaciones remitidos por MZC

Respecto a las acciones de sensibilización sobre SSR y Derechos de las mujeres, por un lado, y acerca del COVID-19 y la importancia de la vacunación, por otro, estas se llevaron a cabo tal y como estaban previstas inicialmente del 5 al 17 de junio 2023. Esta campaña se concretó en una caravana de sensibilización en las áreas de salud de Sanankoro-Djitoumou,

Dangassa, Niagadina y Safé-Bougoula de las que se estima que 8.549 personas se beneficiaron, un 51% de ellas féminas y un 49% varones.

Los temas abordados incluyeron aspectos relativos a la vacunación, las consultas prenatales (CPN) y postnatales (CPON), la planificación familiar (PF), el parto atendido por personal calificado (APQ) y las consultas y atenciones.

Con objeto de ampliar el alcance de los mensajes se seleccionaron los mercados semanales como lugares más adecuados para la acción. Además, se contó con la colaboración de actores locales, como líderes y jefes de aldeas, quienes colaboraron con el personal del Diestricto, los equipos del CSCOM, y las ASACO. Asimismo, se colaboró con tres radios locales lo que posibilitó grabar y difundir durante un mes los mensajes clave de la campaña. Todo ello refleja la óptima maximización y eficiencia de la colaboración institucional en la persecución de los objetivos compartidos.

4.3.3 Resultado 3 (R3): Mejorada la gobernanza de los órganos de gestión de los CSCOM:

El tercer resultado consiste en avanzar en la participación y gobernanza de los once Centros de Salud Comunitaria (CSCOM), incidiendo en una gestión más eficiente a través de la formación de los comités de gestión y la inclusión de las mujeres.

Aunque los indicadores del R3 también ha sido alcanzados¹⁴ se observa un margen de mejora y la necesidad de continuar trabajando con las ASACO, especialmente en lo que se refiere a la inclusión plena y efectiva de las mujeres en los mismos, como se concluye de la observación de los datos reflejados en la tabla 15 sobre 'Participación en actividades formativas'.

Así, se llevaron a cabo 3 sesiones formativas sobre gestión y administración en la que participaron 33 personas, 3 por cada una de las 11 ASACO objeto de actuación, tal y como se había previsto (ver IOV2.R3 y cumpliendo los objetivos establecidos en los Términos de referencia acordados entre MZC y MEDES SAPCOM. Las sesiones fueron facilitadas por formadores del *Servicio de Desarrollo Social y Economía Solidaria* (SDSES). No obstante, de las fuentes de verificación entregadas y de las entrevistas realizadas se concluye que la participación es completamente masculina, con una nula participación de mujeres, a pesar de que el proyecto perseguía *abrir esos espacios a la participación de las mujeres* promoviendo la participación de mujeres en los mismos (ver 3.4; 3.7.b; 3.10.b; e IOV1.R3).

Recordemos que cada comité de gestión responsable de sus correspondientes áreas de salud y cada CSCOM está conformada por 5 personas y, como se observa en la tabla

¹⁴ De los documentos analizados, se aprecia que las ASACO cuentan con una tasa de participación de mujeres de un 80%, ampliamente superior al 45% previsto (IOV1.R3), aunque este indicador parece ser producto más bien del sostenido proceso de trabajo que MZC ha venido desarrollando en el país más que de la presente iniciativa.

inferior, el 80% de los miembros de las estructuras de decisión, consejo de administración y comités de gestión, son mujeres. Cabe recordar que este hecho se debe a la labor que MZC, con el apoyo de MEDES SAPCOM, han venido realizando los últimos 17 años. Y a pesar de la visible predominancia de mujeres en la conformación de los órganos de gestión de los ASACO, ninguna mujer ha participado en los talleres de formación promovidos en el marco de la presente intervención.

Tabla 17. Composición ASACO:

Composición ASACO Área de salud	Consejo de administración		Comité de gestión	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Ouélessébougou	10	2	4	1
Mana	11	2	4	1
Ténkéle	11	1	5	1
Bénéko	10	1	4	1
Sanankoro-Djitoumou	10	3	3	2
Digan	17	3	5	0
Kafara	11	4	4	1
Marako	11	4	4	1
Safé-Bougoula	19	3	4	1
Dangassa	10	2	4	1
Niagadina	9	2	4	1
Total	129 (83%)	26 (17%)	45 (80%)	11 (20%)

Fuente: Servicio local del desarrollo social y de la economía solidaria (SDS-ES) de Ouélessébougou.

Durante las entrevistas, se ha justificado esta ausencia por el hecho de que atendieron las personas más directamente implicadas en la gestión administrativa-financiera de las ASACO, esto es presidencia, secretaría y tesorería, actualmente monopolizados por varones.

Y aunque, producto de la formación recibida, se deriven efectos positivos en las ASACO en una mejora de capacidades y disponibilidad de herramientas (formularios, inventarios...) para la gestión administrativa y contable de las CSCOM contribuyendo así a una más eficiente gestión y control de los comités de gestión, esta mejora no beneficia a las mujeres y corre el riesgo de ahondar en una brecha de competencias y capacidades entre mujeres y hombres en las ASACO. Tampoco se alcanza “una división del trabajo más equitativa, mayor acceso a la información, formación y a los espacios de participación generados en el proyecto” por parte de las mujeres, tal y como se expresa en la formulación inicial (ver apartado 3.7.b).

Tabla 18. Grado de Consecución de acuerdo con la Matriz de Planificación del Proyecto:

Resultados	Logro previsto	Logro alcanzado	Grado de Consecución
R1: Mejoras las instalaciones del sistema de salud en el distrito sanitario de	IOV1.R1. Al finalizar el proyecto, los centros de salud del distrito sanitario de Ouélessébougou cuentan con una nueva maternidad, electrificaciones solares y un pozo de sondeo.	Al concluir el proyecto, los CSCOM cuentan con: - una nueva maternidad en Dangassa, con sistema de saneamiento y pozo de agua, y paneles solares; - 3 incineradores para desechos biomédicos en Dangassa, Safé-	100%

Ouélessebougou	IOV2.R1. Al finalizar el proyecto, los centros de salud disponen de incineradores desechos biomédicos, moto-ambulancias, medicinas y un mobiliario adecuado.	Bougoula y Niagadina, - 2 moto-ambulancias para Dangassa y Safé-Bougoula - suministros médicos (medicinas), - Lotes de equipos médicos: mesas de parto, básculas, Tensiómetros, termómetros, Cajas de parto y de episiotomía, etc. - mobiliario y material ofimático. Todo ello contribuye a la atención y tratamiento efectivo así como la dignidad y el bienestar de los y las pacientes durante su atención.	100%
R2: Mejorada la atención en salud en el distrito sanitario de Ouélessebougou, especialmente mujeres y niñas	OV1.R2. Al finalizar el proyecto aumenta en un 15% las atenciones sanitarias a mujeres y niñas	Se ha producido un 0,49% más de nuevas consultas generales, mientras que la tasa de uso del servicio de planificación familiar (PF) es del 12% en las áreas intervenidas, con un total de 7.716 consultas PF, un 10% de las cuales son nuevas consultas. Dangassa cuenta con una nueva sala de maternidad. La dotación de material y suministros, y la electrificación solar posibilita atender partos seguros, incluso por la noche. Asimismo, la dotación de 2 moto-ambulancias y mayor formación posibilita la detección y prevención de riesgos y derivación en caso de complicaciones.	100%
	OV2.R2. Han aumentado las competencias del personal sanitario a partir del mes 8 del proyecto	Los post-test realizados tras las formaciones impartidas sobre SSR (Maternidad sin riesgos, Planificación familiar; y, Prevención y protección contra infecciones sexuales transmisibles, incluyendo el VIH/SIDA) mostraban incrementos en el nivel de conocimiento respecto del pre-test, siendo el promedio de dicho aumento del 9.59% (17.24% en la sesión 1, 8.33% en la 2ª y 3.22% en la 3ª).	100%
	IOV3.R2. El personal médico responde eficiente y eficazmente a las expectativas y necesidades médicas de la población meta	El proyecto se basa en la hipótesis de que la mejora en la formación deriva en una mejor atención. Las personas usuarias entrevistadas muestran su satisfacción con la atención y el servicio de los CSCOM.	100%
R3: Mejorada la gobernanza de los órganos de gestión de los CSCOM	OV1.R3. Al final del proyecto, las ASACO cuentan con una tasa de participación de mujeres de un 45%	Según las actas y registros de las propias ASACO la participación de las mujeres en los órganos de gestión es del 80% en el Comité de gestión y del 83% en los Consejos de administración. Este indicador parece ser producto más bien del sostenido proceso de trabajo que MZC ha venido desarrollando en el país más que de la presente iniciativa.	178%
	IOV2.R3. Al final del proyecto, las ASACO gestionan eficientemente los CSCOM	Las formaciones realizadas dirigidas a incidir en las habilidades y conocimientos de los miembros de los órganos de gestión de las ASACO contribuyen directamente a una mejor gestión financiera y administrativa, crucial para el funcionamiento de las mismas.	100%

4.4 Cobertura

Valoración: 

El proyecto ha ofrecido cobertura a tres niveles. Por un lado, a nivel poblacional y, por otro, geográfico, reforzando los servicios de salud de atención primaria en las aldeas más remotas del distrito. Además, ha cubierto la necesidad de equipamiento, medicinas y material médico, especialmente en las áreas de SSR (mesas de parto, básculas, etc.) así como con la dotación de incineradoras, paneles solares que garantizan la electrificación, sistemas de agua y saneamiento, y dos moto-ambulancias para las áreas más distantes del CSRef. Igualmente, esta intervención ha contribuido a la formación del personal sanitario de los CSCOM en materias relacionadas con su práctica. Todo ello incide en la calidad de la atención prestada.

4.4.1 Cobertura de equipamiento de los CSCOM:

El alcance de la cobertura inicial tenía previsto incidir en 11 de los 17 CSCOM existentes en el momento de la formulación, lo que suponía trabajar con el 65% de los CSCOM del

Distrito, un porcentaje significativo. Durante ese tiempo se ha ampliado el número de CSCOM existentes de 17 a 21 lo que *de facto* situaría la cobertura alcanzada en el contexto actual en el 52%; un elemento que, no obstante, no afecta a la pertinencia, calidad e impacto de la iniciativa.

Este incremento del número de CSCOM deriva, o puede entenderse como producto, de la labor que tanto MZC como MEDES SAPCOM vienen realizando en la zona desde 2007, y como resultado de la satisfacción de las comunidades ante los logros alcanzados, ya que nuevas aldeas se auto-organizan para crear e impulsar CSCOM y ASACOS en sus localidades y solicitan el apoyo de MZC, tal y como nos señala el Coordinador de MZC Malí. Consecuentemente, y como apuntamos, la constitución de nuevos centros puede ser interpretada como un indicador de éxito del proceso que vienen impulsando.

4.4.2 Cobertura de los servicios de salud para la población rural del Distrito de Ouélessébougou:

Gracias a esta intervención se han cubierto los servicios de atención primaria de las once áreas de salud objeto de actuación pertenecientes al distrito sanitario de Ouelessebougou, priorizando a mujeres y menores, mediante la cobertura de los servicios de SSR que incluyen la atención de planificación familiar o neonatal, y la atención obstétrica y atención a los partos seguros aunque se ha prestado, como venimos señalando, especial énfasis al refuerzo de infraestructuras y equipos de aquellas áreas de salud, y aldeas que la componen, más alejadas del centro de referencia ubicado en Ouelessebougou.

Paralelamente se ha incidido en los niveles de competencias. De acuerdo con los test de evaluación de las formaciones, el nivel de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado aumentó cerca del 10% (promedio).

Por tanto, podemos concluir que los CSCOM sobre los que se ha actuado están mejor preparados para ofrecer a los y las pacientes de comunidades rurales sin muchos recursos económicos servicios de SSR, atención primaria, así como derivación a los centros sanitarios de referencia en caso de urgencia y/o complicaciones, que anteriormente a la intervención quedaban excluidos o les era difícil acceder, lo cual contribuye a una mejora en la atención sanitaria.

4.4.3 Cobertura poblacional:

El proyecto ha contribuido directamente sobre diversos grupos poblacionales que procedemos a distinguir. De un lado, se encuentran los colectivos específicos conformados por las ASACO y el personal sanitario de los CSCOM y, de otro, el conjunto de las comunidades de las áreas intervenidas, bien a consecuencia de las acciones de sensibilización bien como usuarios de los centros de salud y receptores de los servicios sanitarios impulsados desde allí.

Así, y como ejemplo, en el marco del proyecto se vacunó a 13.705 personas, que supone el 8% de los habitantes de las 11 áreas de salud y un 13% de la población total. Se trata de un porcentaje significativo dada la alta desconfianza existente ante los servicios de salud, en general, y las vacunaciones, en particular.

Tabla 19. Vacunaciones de Covid-19 realizadas durante el 2023:

Áreas de salud	Vacunaciones Covid 19			
	1ª	2ª	3ª	Total
Béneco	172	115	128	415
Dangassa	627	197	332	1156
Digan	177	84	99	360
Kafara	343	183	171	697
Mana	214	216	260	690
Marako	507	95	252	854
Niagadina	965	268	388	1621
Ouélessébougou	2590	1416	1284	5290
Safé Bougoula	574	181	484	1239
Sanankoro Djitoumou	113	84	0	197
Tinkélé	993	87	106	1186
Total personas	7.275	2.926	3.504	13.705

Fuente: Informe 2023 de actividades del Distrito Sanitario de Ouelessebougou, elaborado por los Directores Técnicos de los CSCOM (DTC).

De esta manera, y tal y como se desglosa en el siguiente cuadro, el grado de cobertura de las actuaciones desplegadas en el marco del proyecto resultan, en general,

positivas y en cuanto a los grupos poblaciones específicos (ASACO y CSCOM) relevantes, aunque el alcance comunitario resulta mejorable. Así, el 60% de los miembros de los órganos de gestión de las ASACO y el 83% del personal socio-sanitario de los CSCOM del distrito sanitario de Ouéléssebougou habrían recibido formación dirigida a mejorar sus competencias.

Tabla 20. Personas beneficiadas según tipo de actividad:

Actividad	Mujeres	Hombres	Total beneficiad@s	Grado de Cobertura
Formación ASACO	0	33	33	60%
Formación CSCOM	33	27	60	80%*
Sensibilización comunitaria	4.360	4.189	8.549	8%
Vacunación Covid-19	-	-	13.705	13%
Atención sanitaria en CSCOM	-	-	305.644	

Elaboración propia extraída de los datos recolectados.

* Según datos extraídos del terreno, hay 75 trabajadores/as socio-sanitarios/as comunitarios/as en los 11 CSCOM evaluados.

A resaltar, asimismo, la cobertura de la atención sanitaria prestada. Durante 2023, los CSCOM han atendido a 187.638 personas (ver anexo 6) y se han prestado servicios diversos, de los cuales desglosamos los siguientes por enmarcarse en el ámbito del presente proyecto:

Tabla 21. Personas atendidas por los servicios de salud de los CSCOM durante la implementación del proyecto:

Atención sanitaria (Año 2023)	Mujeres	Hombres	Porcentaje
Tasa Vacunación Embarazadas*	-	-	57%

Planificación familiar	7.716	7.716	19%**
Seguimiento embarazo	2.520	2.520	30%
Partos atendidos	4.891	-	
Total población atendida en CSCOM	187.638 personas		99,9%

Datos extraídos del *Rapport annuel d'activités du District Sanitaire de Ouessébougou de l'année 2023* elaborado por las autoridades sanitarias del distrito.

* Vacunación de Tétanos y Difteria.

**La tasa es resultado del número de mujeres embarazadas que han acudido al servicio con respecto al número de mujeres en edad de procrear.

4.5 Impacto

Valoración: 

En Malí, las necesidades en materia de salud siguen siendo elevadas a pesar de los esfuerzos realizados.

Según datos de Naciones Unidas¹⁵, el índice de cobertura sanitaria universal (CSU) en el país suponía el 41% en 2021, unos niveles que se reducen considerablemente en las áreas rurales, ya que buena parte de los recursos se concentran en Bamako. La ausencia de un sistema sanitario universal, público y gratuito, la pobreza generalizada y un conflicto de larga duración contribuyen a un acceso insuficiente y desigual a los servicios sanitarios, la mala calidad de los mismos y un escaso uso de los servicios de salud, en general.

A esto hay que añadir ciertas prácticas culturales que afectan en el uso de servicios de salud sexual y reproductiva y, consecuentemente, contribuyen a mantener altos niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, los partos en hogares y sin asistencia sanitaria profesional son una de las principales causas de mortalidad entre las mujeres, adolescentes y adultas.

En cuanto al agua, tan sólo el 17% de la población contaba con instalaciones básicas para lavarse las manos, y menos del 16% utilizaba un servicio de saneamiento que eliminara de forma segura los desechos humanos en 2022.

De ahí que podamos avanzar que las actuaciones impulsadas en el marco del proyecto analizado han contribuido, sin lugar a dudas, a avanzar el acceso a una atención médica de calidad, reduciendo los tiempos de asistencia en casos de emergencia y a mejorar la red del sistema de salud primaria comunitaria, sostenida por los CSCOM y las ASACO. Una conclusión avalada por los indicadores y percepciones obtenidas.

Con objeto de conocer los diferenciados impactos procedemos a distinguir las siguientes dimensiones, vinculadas con la consecución del Objetivo Específico (OE) “Fortalecido el

¹⁵ Ver la Base de datos sobre los indicadores ODS para Malí, del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, en: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/countryprofiles/mli#goal-5>.

acceso al sistema de salud pública, especialmente en mujeres y niñas en el Distrito Sanitario de Ouélessebougou con un enfoque basado en la prevención”.

4.5.1 Fortalecimiento de las capacidades sanitarias de los CSCOM:

Como se ha venido señalando, la intervención ha tenido un impacto sobre el fortalecimiento tanto de las infraestructuras, con la rehabilitación de una maternidad en Dangassa, equipos y suministros sanitarios así como sobre las capacidades y competencias sanitarias del personal de los CSCOM, siendo ambos aspectos claves en los servicios que prestan dichos centros.

Con la actualización del equipamiento médico y suministros ahora los CSCOM están mejor preparados para prevenir y proteger contra las enfermedades, incluida el COVID-19. Asimismo, los paneles solares y la adecuación de sistemas de agua y saneamiento instalados garantizan una autonomía energética y una asistencia sanitaria salubre y segura que es positivamente valorada.

Estas mejoras son ampliamente reconocidos y valorados tanto por las instituciones sanitarias y administrativas como por el personal de los CSCOM y ASACO.

Igualmente, gracias a la intervención, el personal se encuentra mejor capacitado gracias a la formación recibida en control de enfermedades y SSR. Aunque la formación fue corta, limitándose a 15 horas, tuvo un impacto muy positivo tal y como se deduce de las entrevistadas. Esta capacitación mejora significativamente la capacidad de prevenir y detectar enfermedades gracias a los nuevos equipos proporcionados a los departamentos de maternidad y a las campañas de vacunación.

Respecto a la mejora en la gestión de las ASACO, las formaciones han contribuido a una mejor gestión financiera y administrativa. Este elemento ha sido especialmente valorado por el Director del Servicio de Desarrollo Social y los funcionarios de los Ayuntamientos entrevistados. En este sentido, las personas entrevistadas mencionan entre los cambios apreciados los siguientes:

- *La importancia concedida a la correcta conservación de los documentos de gestión y la transparencia en la gestión de los CSCOM. (Coordinador proyecto MZC Malí)*
- *La formación de las ASACO en gestión administrativa y financiera. (Director Servicio Desarrollo Social)*
- *El apoyo al sistema sanitario reforzando la capacidad del personal sanitario (formación ASACO). (Secretario General Ayto.)*
- *El refuerzo de la colaboración entre las ASACO y el personal sanitario. (Director Técnico CSCOM - DTC- Nigadina)*
- *Se ha reforzado la funcionalidad de las ASACO (CSRef)*
- *Las reuniones de los comités de gestión han mejorado gracias a la formación y la sensibilización. (Coordinador proyecto MZC Malí)*

4.5.2 Mejora en los niveles de confianza, acceso y uso de los CSCOM:

El personal sanitario de los CSCOM y CSRef entrevistados para la evaluación consideran que el equipamiento proporcionado por el proyecto ha contribuido significativamente a la mejora de la calidad de los servicios prestados. La adquisición de dos ambulancias en los CSCOM más alejados del Centro de Salud de Referencia ubicado en Ouelessebougou, permite, además, ahorrar tiempo y hacer más accesible a recursos especializados de segundo nivel, lo que, a su vez, disminuye los riesgos y complicaciones incidiendo positivamente en las tasas de mortalidad de la zona.

Asimismo, el proyecto ha incluido capacitación para mejorar las capacidades y competencias para la atención respetuosa y consistente con un enfoque de derechos dirigidos a incidir en una mejor atención a la población beneficiaria y mayor adhesión al servicio:

Un indicador de la mejora de la confianza de la población, especialmente de las mujeres, en las CSCOM es el aumento de la tasa de servicios prestados por los centros sanitarios a las mujeres/niñas. Estos incluyen asistencia, consultas prenatales, partos y consultas postnatales. (Coordinador proyecto, MZC Mali)

Una opinión compartida por todas las personas entrevistadas es que el proyecto ha contribuido a aumentar la tasa de asistencia y uso de los centros de salud (CSCOM) reflejándose en:

- *el aumento de la tasa de asistencia a los CSCOM por parte de las mujeres en particular y de la comunidad en general; y,*
- *la mejora de los indicadores de salud (consultas curativas, ANC, partos, CPON, FP, PMTCT, etc.) en el distrito. (Coordinador proyecto en terreno, MEDES SAPCOM)*

Esta mejora en las tasas de uso y asistencia de los CSCOM, tanto por la comunidad como por parte de las mujeres, en particular, es destacada tanto por los y las profesionales sanitarios como por los miembros de las ASACO consultadas:

El proyecto ha mejorado los diversos indicadores del sistema sanitario y ha contribuido a aumentar la asistencia a los CSCOM. (Director servicio de Desarrollo Social)

Ha aumentado la tasa de frecuentación. (DTC Dangassa)

Aumento de las tasas de asistencia. (Profesional sanitaria Niagadina)

Esta opinión es avalada por los datos de registro de los CSCOM y recopilados por las autoridades sanitarias del distrito. Así, como resultado del proyecto encontramos que ha aumentado y mejorado

- la tasa de consultas preventivas en todos los CSCOM: vacunación efectiva (2,3%), planificación familiar (0,98%); seguimiento prenatal total (2,1%);

- las consultas curativas en un 0,50%, excepto en Safe-Bougoula debido a la creación de numerosas maternidades rurales, y en los partos asistidos (6 de cada 10 partos han sido atendidos por personal sanitario cualificado).
- la utilización de los servicios de planificación familiar por parte de las jóvenes solteras, aunque sigue siendo un recurso infrautilizado.

4.5.3 Reducción de las vulnerabilidades de la población local:

De todo lo avanzado podemos concluir que el proyecto ha tenido un impacto positivo sobre la población de la zona, en cuanto a la cobertura sanitaria, la disponibilidad de suministros y equipos médicos, y la posibilidad de traslado al CSRef en moto-ambulancia en caso necesario salvando vidas y garantizando el acceso y derivación a los servicios especializados para las alejadas aldeas de las áreas de salud de Dangassa y Safe-Bougoula que previamente a la intervención tardaban 4 horas en acceder al CSRef en caso de disponer de ambulancia.

Por otro lado, debemos resaltar la elaboración de un *Plan de Prevención y Protección de la Salud para el distrito sanitario de Ouelessebougu* en septiembre 2023, posibilitando ahondar en el cumplimiento del Objetivo Específico perseguido.

En este documento se procede a realizar un análisis del contexto y de los riesgos epidemiológicos y humanitarios, y en el último apartado se presenta un plan de lucha contra las enfermedades contribuyendo, de esta manera, a establecer una estrategia consensuada dirigida a mitigar los riesgos de salud pública a través de la preparación y respuesta frente a posibles brotes o emergencias sanitarias. Se trata de un elemento crucial para fortalecer la eficacia sanitaria del distrito, de las infraestructuras y recursos de salud, y un refuerzo del rol y las capacidades preventivas de la comunidad. Sin embargo, carece de un análisis de género que aborde la problemática específica que afrontan las mujeres y niñas.

En su elaboración participaron las autoridades administrativas (Subprefecto de Ouélessébougou), las autoridades políticas (Alcalde de Ouélessébougou), los agentes locales de salud comunitaria (ASACO y personal sanitario) y los servicios sociales y sanitarios del (CSRéf, SDS-ES de Ouélessébougou) junto a un proceso de consultas a líderes socio-comunitarios, radios locales y organizaciones de mujeres, entre otros.

4.5.4 Logros inesperados:

Gracias al proyecto y a las actuaciones realizadas en Dangassa, esta localidad se ha integrado plenamente en la red del sistema de salud, así como administrativo-civil maliense:

Debido a malentendidos, el pueblo de Dangassa quedó aislado en el proceso de descentralización y sin pertenecer a ninguna comuna. Como consecuencia, desde la llegada de la descentralización en 1995 hasta 2023, no hubo servicio de registro civil en el pueblo.

Gracias al proyecto que dotó de una nueva maternidad a Dangassa, recién integrada en la comuna, y a las campañas de sensibilización sobre los derechos humanos y los derechos de las mujeres y las

niñas, el pueblo puso en marcha un sistema de expedición de certificados de nacimiento. Como resultado, el derecho de acceso a un certificado de nacimiento se cumple ahora en el pueblo de Dangassa gracias al proyecto. (Coordinador proyecto MZC Malí)

Asimismo, otro éxito no previsto se vincula con el proceso impulsado conjuntamente por MZC y MEDES desde 2007 en el que se inserta la presente iniciativa se plasma en el incremento de *estructuras sanitarias comunitarias* en la zona que, previo al proyecto sumaban 17 CSCOM y actualmente asciende a 21, un aumento del 123,5%.

El entusiasmo creado en la comunidad para responsabilizarse de su propia salud. Como resultado, el número de nuevas estructuras sanitarias comunitarias creadas aumenta año tras año. De 17 CSCOMs durante la primera fase del proyecto, el distrito sanitario de Ouélessébougou cuenta ahora con 21. El médico jefe del distrito también está recibiendo otras solicitudes. (Coordinador proyecto MZC Malí)

4.6 Sostenibilidad

Valoración:

Resulta innegable que hablar de sostenibilidad en el contexto de Malí resulta ambivalente. Por un lado, la crisis crónica y deterioro social, político y económico que afecta al conjunto del país desemboca en un sistema de salud con una escasez crónica de medicamentos, equipamientos, recursos humanos y suministros, especialmente en el ámbito rural.

A pesar de este desfavorable contexto, las comunidades organizadas a través de las ASACO mantienen, con grandes esfuerzos, los CSCOM. Constituyen los dos pilares de la salud primaria comunitaria maliense. En este esfuerzo encuentran apoyo en las ONGs y donantes internacionales, como es el caso presente.

Ciertamente, la población va a seguir beneficiándose de los servicios de asistencia médica a través de los CSCOM y las ASACO una vez finalizada la intervención, aunque requieren del apoyo continuado de la cooperación internacional complementando los escasos recursos de las instituciones locales y nacionales.

A pesar de la evidente dependencia sistemática y estructural de cualquier iniciativa en el país, el equipo evaluador considera que el proyecto ha promovido las siguientes capacidades de autogestión que contribuyen a su sostenibilidad futura:

- Las formaciones que se han llevado a cabo han reforzado las competencias y capacidades del personal sanitario de los CSCOM en control, atención y prevención de enfermedades;
- La provisión de equipamiento y material sanitario y médico, así como infraestructuras – sanitarias, de agua y saneamiento y electrificación- suministrados posibilita una atención digna que permite a los CSCOM prestar sus servicios con calidad, al menos en el marco temporal del proyecto;

- La elaboración de un plan de prevención para el conjunto del distrito sanitario posibilita la prevención de riesgos de salud y su abordaje.

Las alcaldías de las Comunas Rurales de Sanankoro-Djitoumou, Niagadina y Ouelessebougou se han comprometido a destinar el 2% del presupuesto de la comuna a la salud y a las actividades de las organizaciones de mujeres, y la permanente presencia de MEDES SAPCOM y MZC en el área de intervención ofrece ciertas garantías del cumplimiento, o al menos el recordatorio, de dicho compromiso.

Otro elemento que añade cierta sostenibilidad al proyecto es el compromiso de las organizaciones implicadas, especialmente de MZC y MEDES SAPCOM, en el desarrollo y el bienestar socio-sanitario de la zona.

Pese a todo, las personas de las localidades entrevistadas (Dangassa, Niagadina y Safe-Bougoula) aunque se muestran muy satisfechas con los servicios prestados por los CSCOM y la atención recibida, son desconocedores y se muestran un tanto ajenos a las actividades desarrolladas por el proyecto, así como de las actividades y el funcionamiento de las ASACO. Consecuentemente, resulta preciso mejorar y ampliar la sensibilización entre la comunidad para alcanzar cierta apropiación y garantizar los logros obtenidos, especialmente en lo que se trata de involucrar a las mujeres, principales usuarias de los servicios.

Respecto a los materiales adquiridos para desarrollar las reformas y actuaciones relativas a las infraestructuras y equipamientos de los CSCOM, todos los equipos se han adquirido en los mercados malienses. Además, el personal de los CSCOM reformados han adquirido formación para asegurar el adecuado funcionamiento y mantenimiento tanto de las incineradoras como los paneles fotovoltaicos, lo que garantiza su adecuada sostenibilidad.

V. Análisis del impacto de género de la intervención evaluada

Valoración: 

El presente proyecto cuenta con diversas dimensiones que atañen directamente al enfoque de género y al bienestar y mejora de los derechos de mujeres y niñas.

Por un lado, la salud sexual y reproductiva es uno de los ejes centrales de la intervención, ya que se trata de uno de los servicios especializados (planificación familiar) cubiertos por los CSCOM.

En 2020 la tasa de mortalidad materna en Malí ascendía a 440,2 por 100.000 nacidos vivos, y la proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado era del 67,3% en 2018. Esta cifra descendía al 54% en el distrito sanitario de Ouélessebougou en 2021. Ese mismo año, el número de muertes neonatales en el país fue de 30.484, siendo la tasa de mortalidad

neonatal de 33,4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Menos de la mitad (un 41,2%) de mujeres en edad reproductiva veían satisfechas sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos en 2018, y $\frac{3}{4}$ de las mujeres reconocen que no tienen control sobre las decisiones sexuales y reproductivas. Alrededor del 80-90% de las mujeres y hombres consideran que la MGF debe permanecer a pesar de sus negativos impactos sobre las mujeres y las niñas, y sólo un 4% de las madres mutiladas manifiesta que no continuará la práctica con sus hijas¹⁶.

En 2022, las leyes y los reglamentos de Malí seguían sin garantizar el acceso pleno y equitativo a la atención de la salud sexual y reproductiva, la información y la educación sobre la atención de la maternidad a mujeres y hombres de 15 años o más.

Consecuentemente, la presente iniciativa directamente incide y contribuye a mejorar estas cifras. Se trata de una conclusión avalada por los actores contactados en la presente evaluación que concluyen que ha contribuido a mejorar los indicadores de salud (consultas y atención médicas, incremento de partos atendidos por personal cualificado, vigilancia epidemiológica y vacunación, planificación familiar y la derivación de embarazos de alto riesgo durante el control prenatal y el parto en el área de actuación). Asimismo, todos los actores entrevistados afirman que ha contribuido a aumentar el uso de los servicios del CSCOM por parte de las mujeres, aunque aún permanece lejos de una atención generalizada. Así, y siguiendo el informe sanitario elaborado por las autoridades sanitarias distritales (CSRef), en 2023 se han producido un 0,49% más de nuevas consultas generales, mientras que la tasa de uso del servicio de planificación familiar (PF) es del 12% en las áreas intervenidas, con un total de 7.716 consultas PF. Esto significa que casi un 19% de las mujeres en edad fértil han acudido a los servicios de planificación familiar. De estas, alrededor del 10% son nuevas consultas. Este valor promedio, asciende hasta el 26% en Sanankoro Djitoumou o un 19% en Marako, unas cifras significativas. El porcentaje de partos asistidos también habría aumentado, pasando del 54% en 2021 al 60% tras la intervención.

Por su parte, la *tasa de uso* del recurso de salud reproductiva o planificación familiar nos ofrece una estimación de la demanda de este servicio médico durante 2023 y, consecuentemente, su eficiencia. Según datos extraídos del Informe *Rapport annuel d'activites du district sanitaire de oulessebouyou de l'annee 2023* anexo al Informe final y elaborado por la dirección técnica del Distrito Sanitario de Ouélessébougou, las tasas resultan más eficientes en las localidades anteriormente citadas, véase Sanankoro Djitoumou y Marako.

Tabla 22. Consultas sobre Planificación familiar (PF):

¹⁶ Datos obtenidos de documentación interna de MZC.

Áreas	Mujeres en edad fértil	Nº total de consultas	Nº de nuevas consultas	Tasa de utilización de servicios de PF	Tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos
Bénèko	2326	347	155	7,3	14,61
Dangassa	3872	677	425	12	22,97
Digan	2478	663	128	5,6	26,8
Kafara	1552	322	223	15,7	18,06
Mana	1611	361	198	13,4	33,62
Marako	1548	595	295	20,8	84,87
Niagadina	2865	277	111	4,2	32,4
Ouélessébougou	11872	1001	680	6,3	0,99
Safé-Bougoula	4780	1158	342	7,8	28,31
Sanankoro Djitoumou	5534	1703	1447	28,6	25,86
Tinkélé	2883	612	296	11,2	28,26
Total	41.321	7.716	4.300		

Datos extraídos del Informe *Rapport annuel d'activités du district sanitaire de ouelessebougou de l'année 2023*.

No obstante, a pesar de los positivos resultados alcanzados con la intervención, sigue siendo preciso:

- Aumentar la concienciación de las mujeres sobre la salud sexual y reproductiva y la necesidad de iniciar la atención prenatal durante el primer trimestre de embarazo;
- Incrementar el uso y acceso de los centros sanitarios;
- Sensibilizar a los maridos de los riesgos que afrontan las mujeres y la necesidad de una planificación familiar segura en la que las mujeres tengan voz;
- Un trato humanizado y digno que tenga en consideración los derechos de las mujeres y jóvenes, así como la confidencialidad y privacidad debida.

Para ello, es imprescindible contar con la implicación del personal sanitario de los CSCOM y de las ASACO así como de los líderes locales y religiosos.

De otro lado, el proyecto enfatiza la necesidad de incluir la participación y fortalecimiento de las mujeres, previendo una mayor cualificación sobre aspectos relativos a la participación, administración y gestión (ver apartado 3.10.b, propuesta proyecto). Es por ello, que para el análisis cabe distinguir el refuerzo de las capacidades de las mujeres profesionales de los CSCOM que se han visto beneficiadas de las acciones formativas del resto de mujeres de la comunidad y las ASACO. En estos últimos casos, no se aprecia que la intervención haya contribuido a la participación o empoderamiento de las mismas ni que se haya incidido en una mayor valoración de sus derechos.

Respecto al primer grupo, el 55% del personal sanitario de los CSCOM que participaron de las sesiones formativas eran mujeres. Esta cifra resulta coherente con el hecho de que las matronas y enfermeras son, tradicionalmente, tareas asumidas por féminas. El hecho de contar con personal cualificado contribuye, sin lugar a dudas, a mejorar la atención y

reducir la mortalidad materna y neonatal. Así, el porcentaje de mortalidad neonatal durante la intervención supuso un 2,5% de los partos, frente al 97,5% de los partos resueltos felizmente. En las entrevistas de campo se verbaliza que el conocimiento sanitario de los profesionales junto a la adquisición de equipamiento adecuado ha contribuido a reducir los riesgos y aumentar los partos seguros, incluso aquellos nocturnos, suponiendo un avance muy relevante entre las pacientes del hospital, promoviendo un mayor conocimiento sobre los procedimientos y requisitos sanitarios, así como espacios sanitarios más higiénicos y seguros.

Respecto a los otros colectivos, a pesar de actitud positiva y colaboradora de los diversos actores implicados en el proyecto hacia la promoción de las mujeres y niñas, es evidente que se trata de una asignatura pendiente que requiere de una continua y cercana supervisión de MZC. En efecto, no se ha conseguido implicar a ninguna mujer en la formación dirigida a las ASACO. Se trata de un aspecto problemático pues, a pesar de que las ASACO han ido progresivamente incluyendo a mujeres en sus estructuras gracias al énfasis y trabajo que viene realizando MZC, parece concluirse que los mecanismos de poder al interior de estas estructuras permanecen en manos de los varones monopolizando los cargos de Presidencia, Tesorería y Secretaría. De hecho, en las entrevistas a informantes claves se nos informa que algunas ASACO no han procedido a convocar o renovar sus estructuras incumpliendo sus reglamentos.

De las entrevistas realizadas a representantes de las ASACO, se concluye que el papel de las mujeres se reduce a la colaboración de las actividades planificadas y la movilización, tanto de las cuotas como de la comunidad. La única mujer representante entrevistada afirma que, en general, se ignoran las propuestas de las mujeres.

Reconociendo que desde MZC se busca impulsar un enfoque de no segregación, siempre intentando mantener un enfoque respetuoso con la cultura local, promoviendo espacios y relaciones que valoran a las mujeres en una región en la que predomina una cultura discriminatoria y desigual, ello sólo ha sido posible en las actividades dirigidas a los CSCOM. Queda saber la razón por la que no pudo ser subvertida la exclusión de mujeres en las formaciones dirigidas a las ASACO, las cuales hubieran contribuido a empoderarlas al reforzar sus competencias para la gestión administrativa y financiera y, consecuentemente, la toma de decisión en las mismas, y si pudo haberse paliado¹⁷.

¹⁷ En el Convenio de asociación firmado el 1 de febrero de 2022 por MZC y MEDES SAPCOM para la implementación del presente proyecto se expresa explícitamente que “(d)declaran su voluntad de colaborar mediante la participación conjunta en actividades relacionadas con la salud de las poblaciones del Distrito Sanitario de Ouélessebouyou, Mali, en particular **para la reducción de las desigualdades de género** y la prevención contra el COVID 19, con el fin de satisfacer las necesidades primarias de las poblaciones, mejorar el acceso a los cuidados básicos, a las infraestructuras y a los materiales y equipos necesarios, haciendo hincapié en los valores humanitarios de la justicia de género así como en el enfoque de la prevención”.

En las entrevistas realizadas a MZC, se observa que la entidad es consciente de la dificultad de promover el papel y reconocimiento de las mujeres en el país, un reto que abordan a través de:

- la inclusión de mujeres en los proyectos;
- acciones de sensibilización dirigidas a la comunidad y actores colaboradores (MEDES SAPCOM, ASACOs, instituciones y comunidades);
- condicionalizar su apoyo a la participación de féminas (mujeres y niñas) en todos los procesos impulsados por MZC en Malí; y,
- una continua supervisión para evitar que este requisito se evapore y relegue por parte de las entidades colaboradoras.

Nosotros (MZC) desde el momento en el que llegamos, pues digamos que condicionamos la ayuda a que entendiera la importancia que tenía el papel de las mujeres y las niñas en el desarrollo de las comunidades. Era importante que ellos entendieran que la "clave de bóveda" para que nosotros siguiéramos allí trabajando y para trabajar de verdad un desarrollo comunitario estaba en la mujer, estaba en apoyar a las mujeres: que ellas eran las que gestionaban la huerta, las que sacaban al ganado, las que hacían la comida y que eso tenía que tener un valor; que ellas eran las que cuidaban, las que criaban, que se tenía que dar un valor.

(El género) es una asignatura pendiente. Eso es todos los días, pico pala, pico pala, porque es una sociedad muy, muy masculinizada, hasta unos niveles exagerados. El componente de género está muy debilitado. Se mantiene por condición de MZC. Pero hay que estar continuamente encima. (Coordinadora General MZC)

Esta ausencia de mujeres en las formaciones dirigidas a las ASACO muestra que este principio rector no se ha aplicado tal y como estaba previsto, poniendo en cuestión los mecanismos de seguimiento de MZC (España y Malí), y coordinación con las entidades implementadoras y colaboradoras, MEDES SAPCOM y ASACO, conocedoras de este criterio condicionador.

VI. Derechos Humanos

Valoración: 

Malí afronta una crisis multifacética prolongada, donde la mayoría de la población lucha por satisfacer sus necesidades más básicas y vivir con dignidad. La crisis se caracteriza por más de 12 años de inseguridad política y conflictos armados que reducen la capacidad de las instituciones nacionales y locales para prestar protección y servicios básicos a la población, una situación que se agudiza en las áreas rurales. Los problemas más preocupantes identificados por los actores e informantes entrevistados están relacionados con los desplazamientos forzados y el acceso a los servicios esenciales, entre ellas la salud.

Esta propuesta de intervención incorpora los principios de asistencia universal de la salud, humanidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos en términos de salud de la población rural del distrito sanitario de Ouelessebougou, principios claves del enfoque basado en Derechos Humanos.

Mientras que MEDES SAPCOM se alinea y asume como propia la declaración de Alma-Ata, impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, comprometiéndose con la protección y promoción de la salud universal, entendido este como derecho humano, MZC se alinea con el ODS 3 en su plan estratégico 2021-2025, persiguiendo *“(f)ortalecer la cobertura de protección social de las poblaciones más vulnerables en materia de salud, especialmente salud primaria y salud sexual y reproductiva, procurando el acceso a los medicamentos”*.

Así, a través de la colaboración para llevar a cabo este proyecto se persigue entre otros, los siguientes objetivos:

- Reducir la vulnerabilidad sanitaria de la población;
- Aliviar el sufrimiento de los beneficiarios y restablecer la dignidad de las personas;
- Contribuir a la creación de un entorno propicio para el uso de los centros de salud por parte de la población;
- Reforzar la cohesión social y ayudar a restablecer la confianza entre las comunidades; y,
- Concienciar a la comunidad sobre los derechos humanos y el derecho a la salud.

En este sentido, el proyecto incide, como venimos observando, de manera satisfactoria sobre diversos derechos que van desde el acceso y disfrute a servicios sanitarios básicos, especialmente, el acceso a la salud por parte de la población residente en las comunidades rurales de la zona de actuación. Contribuye, por tanto, de manera notable al ODS 3 (Salud), prestando especial atención a los servicios de SSR dirigidos a las mujeres.

Y a pesar de que el proyecto promueve la participación y el fortalecimiento organizativo de las comunidades y las mujeres, otro elemento clave del enfoque basado en Derechos Humanos, su consecución ha sido desigual y en ningún momento se han superado las prácticas discriminatorias ni se ha transformado el reparto de poder al interior de las ASACO en el marco del presente proyecto.

Este punto no denota tanto un fracaso del proyecto sino que evidencia la necesidad del mismo y que requiere del impulso de procesos sostenidos en el tiempo, tal y como explicita la Coordinadora General de MZC:

Nosotros (MZC) hacemos proyectos de proceso. En el espacio temporal de un proyecto no vamos a conseguir acabar con el matrimonio infantil de las niñas por ejemplo, pero en el marco temporal de un proyecto sí podemos conseguir que un número determinado de aldeas modifiquen determinados comportamientos. Y de hecho eso sí que se ha conseguido.

(...) Para mí, lo importante es la sostenibilidad de los procesos que vienen impulsando; ¿que no se alcanzan el número de mujeres participantes que hemos señalado como indicador? Eso no es tan importante como que esas mujeres se sostengan en el tiempo; que cuando pase un tiempo determinado no las larguen porque ya no va nadie del proyecto a visitarlo.

Eso es un valor añadido porque nosotros vamos a seguir visitando porque trabajamos en la misma zona, y tenemos equipos permanentes en todos esos sitios. De manera que vamos a seguir haciendo el seguimiento de esos proyectos. Vamos a comprobar que realmente la sostenibilidad de esa participación (de las mujeres) se sigue dando.
(Coordinadora general MZC)

VII. Sensibilización y comunicación

Esta intervención ha contado con actividades concretas de incidencia y sensibilización.

Esta intervención ha buscado sensibilizar a la ciudadanía maliense sobre los servicios prestados por los centros de salud comunitarios, especialmente los relativos a la SSR. Además de destacar la utilidad y conveniencia de acudir y hacer uso de los mismos, se buscaba acercar y generar mayor confianza entre la población de los CSCOM. Asimismo, se han promovido las campañas de vacunación, incluida la del Covid-19, que contribuyen a la mejora de las condiciones de salud del conjunto de la población de las áreas objeto de actuación. Todas las actividades formativas y de sensibilización ha sido cubiertas por 3 medios de comunicación locales, radios, invitadas a tal fin, con objeto de difundir las acciones e incrementar su alcance.

Las tres emisoras de radio locales (Ciwara, Fasso Kanou y Djitoumou) se han encargado de la cobertura mediática sobre el terreno, emitiendo mensajes de forma sincrónica una vez a la semana en el idioma local, bamanankan.

Además, se ha elaborado un vídeo con objeto de visibilizar las actuaciones y logros promovidos por la cooperación extremeña así como rendir cuentas ante la ciudadanía extremeña sobre el destino de los fondos públicos destinados a la Cooperación Internacional al Desarrollo.

El CEIM, por su parte, compartirá los principales hallazgos y conclusiones con MZC en una sesión de devolución *ad hoc*. Se entrega, además, junto a este informe un Resumen Ejecutivo como instrumento de difusión más accesible, por su longitud, que MZC puede utilizar para dar a conocer los resultados del proyecto.

VIII. Conclusiones y Recomendaciones

El conflicto de larga duración y una sistemática inestabilidad socio-política que resulta en una precariedad económica, la violación de Derechos Humanos, y la limitación de acceso a los servicios de salud, agua, educación y medios de vida en Malí explican la ausencia de un sistema de salud eficiente y universal en malí.

Así, los recursos de los que dispone el sistema público de Salud son escasos, y un porcentaje considerable de la población no dispone de cobertura sanitaria al no contar con una protección universal y gratuita. Esto implica que la cobertura sanitaria pública resulta deficiente y dependiente de la cooperación internacional, lo que tiene un efecto muy negativo en términos de sostenibilidad y viabilidad autogestionada a pesar de los esfuerzos realizados.

Dado que los CSCOM constituyen la primera y fundamental estructura de la pirámide sanitaria en Malí, resulta oportuno y pertinente toda actuación dirigida a incidir en los mismos, así como en el fortalecimiento de las comunidades y las ASACO responsables de la gestión de los mismos.

Por otro lado, la situación de discriminación estructural en la que se encuentran mujeres y niñas explica las numerosas formas de violencia a la que se encuentran expuestas, así como su situación de extrema vulnerabilidad, razón suficiente que explica el énfasis sobre sus condiciones de salud, en especial la SSR, y la promoción de su participación.

Como parece improbable que la inseguridad política, la pobreza y la desigualdad de género en Malí vayan a encontrar una solución a corto y medio plazo, resulta preciso mantener la colaboración internacional y el apoyo de donantes y ONGs a este esfuerzo.

A continuación, pasamos a desagregar algunas conclusiones más específicas relativas a la presente intervención.

8.1 Conclusiones

La propuesta resulta altamente pertinente en su diseño encontrándose debidamente alineada y armonizada con las prioridades internacionales y nacionales. La planificación de actividades resulta, asimismo, sólida y coherente en sus elementos programáticos.

En cuanto a la implementación del proyecto, el nivel de desempeño e impacto del presente proyecto es muy favorable. Podemos concluir que los niveles de consecución son positivos, alcanzando de forma satisfactoria buena parte de los resultados previstos a pesar del adverso contexto.

Respecto a la coordinación y las alianzas, ambas entidades comparten enfoque y cuentan con reconocidas fortalezas aunque MZC debe continuar aportando al refuerzo de las capacidades de género de MEDES SAPCOM y otros socios implicados, como las ASACO, ya

que a pesar del compromiso que estas entidades adquieren con MZC para promover la participación de las mujeres y su implicación en este objetivo, la realidad del contexto socio-cultural maliense explica las dificultades a la hora de integrar plenamente a las mujeres en ciertos espacios y las limitadas capacidades de género de los actores colaboradores:

(MEDES) cuenta con capacidades aceptables, por lo menos, para el país y el contexto en el que nos encontramos
(Responsable de seguimiento, MZC España).

La propuesta enfatiza el fortalecimiento de las Asociaciones de Salud Comunitaria (ASACO) como titulares de responsabilidades y principal canal de la participación comunitaria. Estas estructuras son las responsables de la gestión y del adecuado funcionamiento de los Centros de atención sanitaria básica y de nivel primario, CSCOM, por lo que las acciones de fortalecimiento organizativo y capacitación redundan directamente en la mejora en la gestión y, juntamente con la formación de profesionales sanitarios de los CSCOM, contribuyen a la mejora de la atención y calidad de los servicios sanitarios primarios rurales. De ahí que valoramos la propuesta y pertinencia de la acción.

La implicación de las mujeres resulta un condicionante relevante a abordar que requiere de una mayor vigilancia y esfuerzo por parte de todos los actores implicados. La ausencia de mujeres en las formaciones dirigidas a las ASACO resulta una oportunidad perdida para la participación sustantiva y empoderamiento de las mujeres en estas estructuras y refleja que, a pesar de los esfuerzos –presentes y pasados– por integrar a las mujeres, las decisiones y el poder siguen en manos de los varones.

Ello invita a las organizaciones implementadoras a repensar y clarificar el enfoque y estrategia de promoción y empoderamiento de las mujeres y niñas, en aras de una mayor coherencia y solidez del enfoque de género y derechos humanos, con objeto de fortalecer la posición de las mujeres en sus comunidades y estructuras comunitarias (ASACO).

En suma, el proyecto logra incidir en el mejoramiento de las condiciones de bienestar y salud de las mujeres y las comunidades, aunque los procesos de cambio requieren de esfuerzos complementarios y sostenibles para su consecución, requiriendo de intervenciones sostenibles y procesos a mayor largo plazo. No obstante, se recomienda abordar algunos de los retos, especialmente los vinculados a la implicación comunitaria y la participación de las mujeres.

8.2 Recomendaciones

Aunque ya se han ido mencionando algunos retos y áreas de mejora a lo largo del informe, vamos a estructurar algunas sugerencias distinguiendo para ello los niveles estratégico y operativo, aunque ambos se encuentran estrechamente interrelacionados.

8.2.1 A nivel estratégico:

o A pesar de considerar algunas realidades comunitarias al diseñar la intervención, como la situación desigual de féminas y varones, el impacto de las consideraciones culturales y la existencia de violencias específicas de género como el matrimonio infantil, prejuicios o prácticas dañinas en torno a la salud y sus implicaciones sobre la SSR, en particular, estas no se abordan o desarrollan con la profundidad precisa durante la implementación.

Los servicios de salud primaria resultan claves en la detección y atención de violencias y vulnerabilidades. La elevada tasa de mortalidad materna y de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, se relacionan con prácticas dañinas contra las mujeres, como la Mutilación genital femenina (MGF) por lo que resulta clave abordar, de manera directa o indirecta, esta práctica avanzando en su erradicación a través de formación y sensibilización continua por parte de las organizaciones implicadas, los CSCOM y las ASACO.

- o MZC busca promover transformaciones que conduzcan a una mayor equidad entre mujeres y hombres, y a la mejora de las condiciones de vida, otorgando un peso protagónico a las comunidades y las organizaciones locales, para lo cual habilita procesos de acompañamiento técnico-estratégico traducidos en capacitaciones y refuerzo técnico dirigidos a garantizar una protección y atención universal equitativa, que incluya a las mujeres y niñas. No obstante, en este proceso las mujeres deben estar incluidas como protagonistas, y ser reconocidas con el 'derecho a la palabra'¹⁸, para lo cual es preciso implicar a los líderes religiosos y jefes locales.

o De las actuaciones implementadas y tras las entrevistas realizadas se infiere, la necesidad de un mayor esfuerzo dirigido al aprendizaje y refuerzo organizativo de las capacidades de género de MEDES SAPCOM, aprovechando la buena sintonía y confianza existente entre ambas entidades.

Asegurar las capacidades de género necesarias, puede resolverse a través de un proceso de contratación de una persona especializada en género y derechos de las mujeres en el equipo de MZC Malí que dinamice formaciones y reflexiones internas, en las que se invite a sus organizaciones socias. Asimismo, podría supervisar, juntamente con la Coordinación, y la adecuada implementación de proyectos y acuerdos de colaboración referentes a la igualdad de género y la promoción de las mujeres y niñas con ONGs colaboradoras, instituciones y líderes locales; así como dinamizar a las comunidades y estructuras comunitarias (ASACOs, CSCOM), a través de metodologías respetuosas y lúdicas dirigidas a superar las dificultades derivadas de la cultura y construir sólidas alianzas con este objetivo.

8.2.2 A nivel operativo:

¹⁸ Según las reglas del sistema de organización social local, común a todas las aldeas, el primer paso al acudir es ir a ver al Consejo de ancianos, compuesto únicamente por varones. El jefe de la aldea, que es el más anciano, es el que concede el permiso para estar allí, y concede el 'derecho a la palabra', que habilita para hablar en las reuniones. El 'derecho a la palabra' lo monopolizan los hombres, llamados 'facilitadores'. Uno de los logros de MZC es haber logrado que en Kafara una mujer alcanzara esta prerrogativa y fuera reconocida, por primera vez, como facilitadora pudiendo asistir a las reuniones del Consejo de ancianos, con voz y sin voto, deconstruyendo un estereotipo.

Siguiendo el hilo anterior, es preciso tomar en consideración durante la planificación e implementación, el papel e influencia de las creencias religiosas y/o culturales sobre las familias, que promueven prejuicios sobre la salud y/o el empoderamiento de las mujeres y niñas. Al tratarse de una cuestión estructural vinculada a creencias culturales resulta conveniente acompañar la propuesta con medidas complementarias que cuenten con el apoyo y alianza de los líderes comunitarios y religiosos, además de representantes político-administrativos, con el objetivo de reducir las resistencias o susceptibilidades lo máximo posible y que posibiliten construir espacios favorables y seguros para mujeres y niñas. Entre otras medidas sugerimos:

o La “evaporación” de mujeres en las formaciones de las ASACOs señala la necesidad de replantear la metodología, y detectar las resistencias u obstáculos existentes, dado que los mecanismos planteados hasta ahora no parecen que estén logrando los objetivos esperados. A pesar de alcanzar una presencia sustantiva de las mujeres en las estructuras y órganos de decisión de las ASACO, gracias al esfuerzo de MZC, parece que el ejercicio de las responsabilidades de los órganos de decisión, es monopolizada por los varones, quedando excluidas las mujeres de ciertos procesos. A esta realidad se añade el incumplimiento con las convocatorias y renovación de los órganos de dirección y gestión en algunas localidades. Se precisa, por tanto, incrementar los esfuerzos *vigilantes y garantes de la equidad de género* por parte de MZC y MEDES SAPCOM.

o Se recomienda explorar la posibilidad de introducir una estrategia *entre pares* donde las distintas áreas de salud puedan intercambiar experiencias y buenas prácticas a este respecto. La existencia de áreas que cuentan con una mayor trayectoria y experiencia puede contribuir al aprendizaje de localidades con menor recorrido o mayores resistencias. En este sentido, se sugiere analizar de manera específica los casos de Sanankoro Djitoumou y Marako, en los que los procesos impulsados han concluido en resultados eficientes y óptimos. Inversamente, sería de interés explorar las dinámicas y posibles resistencias observadas en Niagadina y Safe-Bougoula. Estas reflexiones pueden derivar en lecciones a considerar y al diseño de estrategias y medidas de refuerzo complementarias concretas.

o Asimismo, una adecuada implementación del género requiere de instrumentos y registros específicos. Sugerimos mejorar la recogida de datos y reporte en la que se contemple la desagregación obligatoria de datos por sexo en las distintas fuentes de verificación (registros, listados de participación, etc.). Se recomienda elaborar un modelo en el que se contemple esta información en los diferentes apartados, y que se remita cumplimentado tanto por MZC Malí y las entidades colaboradoras como por el personal externo contratado para facilitar las formaciones.

o Las formaciones dirigidas al personal sanitario resultan altamente eficientes y positivas. No obstante, los altos niveles de rotación de profesionales generan la necesidad de una

formación continua a tener en cuenta. Podría resultar más eficiente explorar una colaboración con las facultades de Medicina y Enfermería para asegurar la inclusión curricular de ciertos conocimientos y capacidades en los futuros profesionales de los CSCOM, sin menoscabo de otras acciones formativas realizadas en los propios CSCOM en línea con las especificidades locales.

- Con el fin de evitar solapamientos y de dar respuesta de forma más eficiente a las necesidades, sería conveniente definir claramente, junto con las autoridades sanitarias y el CSRef, las diferenciadas competencias de los recursos y servicios existentes en la zona, por ejemplo maternidades y CSCOMs, para optimizar los limitados recursos y la sostenibilidad de las intervenciones.

- Se sugiere revisar las actividades de sensibilización y concientización en las comunidades, incorporando además de las campañas sanitarias, charlas informativas y de difusión acerca de los beneficios y el funcionamiento de las ASACO y los CSCOM, así como la movilización de las comunidades a través de debates, tanto mixtos como segregados por sexo en función de la mayor conveniencia (por posibles resistencias, temáticas a abordar, la necesidad de contar con espacios seguros, etc.) acerca de temáticas y problemáticas de interés para la comunidad.

- Ello requiere contar con una o varias personas, preferentemente mujeres pero no únicamente, que actúen como dinamizadores sociales y mediadores, que sean reconocidas por la comunidad, esto es con 'derecho a la palabra', con formación en SSR y derechos de las mujeres. Estas personas apoyarían a la coordinación en terreno y se encargarían de dinamizar y trabajar con la comunidad, los líderes y las organizaciones de mujeres para dar a conocer los beneficios de unas prácticas saludables y seguras, y la participación femenina en las estructuras comunitarias.

- Se precisa mayor formación a los miembros de los recién creados comités de prevención de las áreas de salud acerca de detección de riesgos, especialmente acerca de los riesgos que afectan de manera desigual a las mujeres, actualmente ausentes del Plan de Prevención, y en técnicas de sensibilización sanitaria, garantizando que cuentan con una participación plena de mujeres.

- Se sugiere revisar y reforzar los mecanismos de seguimiento y evaluación internos a través de la asignación de funciones y responsabilidades claras, y su seguimiento mensual, a cada uno de los miembros implicados, tanto del personal de campo como del seguimiento - incluyendo el seguimiento desde España- del proyecto.

- Por último, las y los informantes clave entrevistados señalan los siguientes elementos que contribuyen a apoyar y fortalecer los resultados obtenidos por el proyecto evaluado:

- el acondicionamiento de espacios y/o accesos a las consultas SSR y salas de maternidad diferenciados y separados de los Centros de Salud con objeto de incrementar la seguridad sanitaria de las mujeres, alejando a las mujeres embarazadas de posibles riesgos derivados del contacto con infecciones y personas enfermas, al tiempo que preservan la privacidad de las mismas; y,
- la habilitación de viviendas/alojamientos y aseos para el personal, y vallar los CSCOM. Ello contribuirá a mejorar sus condiciones de trabajo y seguridad personal, relevante en el caso del personal femenino, y dará mayor estabilidad al personal.

IX. Anexos

Anexo 1. Bibliografía

- CAD/OCDE: “Directrices y Referencias del CAD. Estándares de Calidad para la Evaluación del Desarrollo”. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC). Madrid, 2010.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2013): [Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados](#). CONEVAL, México DF.
- CRUZ, Carmen (1998): [Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo](#). EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer y Secretaría General de Acción Exterior. Vitoria-Gasteiz.
- JUNTA DE EXTREMADURA (2022): [Resolución de 16 de diciembre de 2021, de la Secretaría General, por la que se convocan subvenciones a Proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo tramitadas por el procedimiento de concurrencia competitiva para el año 2022](#). Consejería de Igualdad y Cooperación para el Desarrollo. DOE nº 8, Jueves, 13 enero 2022.
- (2018): [Plan General de Cooperación Extremeña 2018-2021](#). Aprobado por la Comisión de Asuntos Europeos, Acción Exterior, Cooperación al Desarrollo, Comunicación y Relaciones Informativas en reunión celebrada el día 2 de marzo de 2018. BOAE nº 637, 7 de marzo de 2018.
- LIKADI (2003): [Guía para identificar la pertinencia de Género](#). Unidad de Igualdad de Género, nº 6. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla
- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN (MAEC) (2015): [Marco de Asociación Cooperación española en Malí 2016-2020](#). Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, D.G de Políticas de Desarrollo Sostenible. Madrid
- (2010): Directrices y Referencias del CAD. Estándares de Calidad para la Evaluación del Desarrollo. OCDE - MAEC. Madrid.
- (2007): Manual de Gestión de Evaluaciones de la cooperación española. DGPOLDE-SECIPI. Madrid.
- (2007b): [Estrategia de Género en Desarrollo de la Cooperación Española](#). Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.
- (1998): Directrices y Guía de conceptos del CAD sobre la igualdad entre mujeres y hombres. Oficina de Planificación y Evaluación, Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- MZC (2022): Proyecto presentado a convocatoria y documentación interna

(2022): Diagnóstico sensible al género de la situación en el ámbito del Desarrollo Rural Integrado en la Comuna de Ouelessebougou.

(2022): Informe de evaluación de resultados del proyecto: Fortalecido el acceso al sistema de salud pública, especialmente en mujeres y niñas en la Comuna Rural de Ouelessebougou con un enfoque basado en la prevención.

(2021): Rapport de diagnostic de base du systeme de santé de la Commune rurale de Ouelessebougou.

- NORAD (1993): Enfoque del Marco Lógico como herramienta para planificación y gestión de proyectos orientados por objetivos. Grupo de Trabajo de NORAD sobre Metodología. Agencia noruega para la Cooperación para el Desarrollo (NORAD).

- OACDH (2006): [Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo](#). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH). Naciones Unidas. Ginebra.

- OCDE (2002): “Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados”. OCDE, París.

Anexo 2. Agenda de campo

MODALIDAD ONLINE (dirigido al Equipo técnico implicado):

Periodo: Semana del 20 al 24 mayo

- MZC:
 - Mila Ramos: Coordinadora general MZC,
 - Mohamed Ag Akeratane: Coordinador MZC en Malí,
 - Daouda Konate: Técnico responsable proyecto Malí,
 - Jacobo López Puga: Técnico responsable del seguimiento del proyecto (España), (20 mayo 2024)
- MEDES SAPCOM:
 - Karim Togola, Coordinador de campo.

TOTAL Equipo técnico = 5 personas (20% mujeres, 80% hombres)

MODALIDAD PRESENCIAL

Periodo 30 mayo 2024 al 6 junio 2024

	Área salud	Apellido	Nombre	Sexo	
1	Safe-Bougoula	Samaké	Saran	M	Beneficiaria
2	Safe-Bougoula	Coulibaly	Souleymane	H	Tesorero de la ASACO
3	Safe-Bougoula	Koné	Dr Abdoulaye	H	Director Técnico del Centro (DTC)
	Safe-Bougoula	Coulibaly	Sibiry	H	Secretario Administrativo de ASACO
4	Safe-Bougoula	Samaké	Mariam	M	Matrona
5	Niagadina	Doumbia	Nassa	M	Beneficiaria
6	Niagadina	Konaté	Broulaye	H	Beneficiario
7	Niagadina	Samaké	Aissata	M	Beneficiaria
8	Niagadina	Doumbia	Aissata	M	Beneficiaria
9	Niagadina	Sidibé	Abou	H	Tesorero de la ASACO
10	Niagadina	Diabaté	Issa	H	DTC
11	Niagadina	Doumbia	Korotoumou	M	Matrona
12	Dangassa	Camara	Sékou	H	Beneficiario
13	Dangassa	Camara	Sitan	M	Beneficiaria
14	Dangassa	Camara	Kadiatou	M	Vicepresidenta de ASACO
15	Dangassa	Sanogo	Kadiatou	M	Organizador ASACO
16	Dangassa	Camara	Tamba	H	Presidente de la ASACO
17	Dangassa	Djiré	Mariam	M	Matrona
18	Dangassa	Doumbia	Seydou	H	Apoyo DTC
19	Ouélessébougou	Ouattara	Moussa	H	Secretario General Municipio
20	Ouélessébougou	Nanakassé	Fah	H	Director de Desarrollo Social
21	Ouélessébougou	Dr Coulibaly	Lassana	H	Director Médico en funciones

TOTAL = 21 personas (48% mujeres, 52% hombres)

Anexo 3. Fotos Trabajo de campo



Miembros de ASACO Dangassa, junto a profesionales sanitarios (practicante y Director Técnico-DTC), (1 junio 2024)



Forage Dangassa (1 junio 2024)



Comadrona y Director-DTC Niagadina (31 mayo 2024)



Moto-ambulancia Safe-Boudoula (4 junio 2024)

Miembros de ASACO de Safe-Boudoula (4 junio 2024)

Representantes administrativos (30 mayo 2024):



Servicio de Desarrollo Social



Jefe médico Distrito



Secretario municipio

Anexo 4. Matriz Marco Lógico: Definición Inicial de Objetivos, Resultados e Indicadores

Obj. General: Mejorar las condiciones del sistema público de Salud del distrito sanitario de Ouélessebougou para afrontar con mayor eficacia las crisis sanitarias
I.O.G1: No se contemplan indicadores.
O. Específico: Fortalecido el acceso al sistema de salud pública, especialmente en mujeres y niñas en el Distrito Sanitario de Ouélessebougou con un enfoque basado en la prevención.
IOV1. Al finalizar el proyecto los centros de salud comunales han aumentado la calidad del servicio para atender emergencias sanitarias como el COVID19 y otras.
IOV2. Al finalizar el proyecto, el distrito sanitario de Ouélessebougou cuenta con un plan para la prevención de enfermedades
Resultados e Indicadores
R1: Mejoradas las instalaciones del sistema de salud en el distrito sanitario de Ouélessebougou.
IOV1.R1. Al finalizar el proyecto, los centros de salud del distrito sanitario de Ouélessebougou cuentan con una nueva maternidad, electrificaciones solares y un pozo de sondeo.
IOV2.R1. Al finalizar el proyecto, los centros de salud disponen de incineradores desechos biomédicos, moto-ambulancias, medicinas y un mobiliario adecuado.
R2: Mejorada la atención en salud en el distrito sanitario de Ouélessebougou, especialmente a mujeres y niñas
OV1.R2. Al finalizar el proyecto aumenta en un 15% las atenciones sanitarias a mujeres y niñas
OV2.R2. Han aumentado las competencias del personal sanitario a partir del mes 8 del proyecto
IOV3.R2. El personal médico responde eficiente y eficazmente a las expectativas y necesidades médicas de la población meta:
R3: Mejorada la gobernanza de los órganos de gestión de los CSCOM
OV1.R3. Al final del proyecto, las ASACO cuentan con una tasa de participación de mujeres de un 45%
IOV2.R3. Al final del proyecto, las ASACO gestionan eficientemente los CSCOM

Fuente: Matriz Marco Lógico (MML) presentada en la propuesta de solicitud.

Anexo 5. Listado de asistencia formaciones sanitarias dirigidas al personal CSCOM

N°	Apellido y nombre	Sexo	Localidad	Sesión		
				1	2	3
1	Souleymane Sidibé	H	Cscom Sanankoro-djitoumou	X		
2	Issa Diabaté	H	Cscom Niagadina	X		
3	Nonfodié Kéita	H	Cscom Ténkéle	X		
4	Oumar Coulibaly	H	Cscom Beneko	X		
5	Dr Youssouf Dembélé	H	Cscom Marako	X		
6	Hadeye A. Cissé	M	Cscom Safé-Bougoula	X		
7	Doudou Haïdara	H	Cscom Sanankoro-djitoumou	X		
8	Djélika Bamba	M	Cscom Marako	X		
9	Konimba Diarra	M	Cscom Dangassa	X		
10	Aoua M. Koné	M	Cscom Kafara	X		
11	Awa Doumbia	M	Cscom Dangassa	X		
12	Fatoumata Bagayoko	M	Cscom Bénéko	X		
13	Djandam Coulibaly	M	Cscom Digan	X		
14	Dado Magassouba	M	Cscom Ouélessébougou	X		
15	Safiatou Samaké	M	Cscom Niagadina	X		
16	Alwassidou Talobou	M	CSréf Ouélessébougou	X		
17	Kamissa Coulibaly	M	Cscom Mana	X		
18	Saly Dao	M	CSCOM central Ouélessébougou	X		
19	Aminata Néné Doumbia	M	Cscom Mana	X		
20	Mamadou Samaké	H	Cscom Kafara	X		
21	Nana Coulibaly	H	CSCOM Central Ouélessébougou	X		
1	Kadiatou Djimiga	H	Cscom Central Ouelessebougou		X	
2	Hama Konambaya	M	Beneko		X	
3	Amidou Keita	H	Niagadina		X	
4	Mariam Sanaké	M	Safé-Bougoula		X	
5	Doumbia Korotoumou	M	Niagadina		X	
6	Karotamou Doumbia	H	Niagadina		X	
7	Djihril Samaké	H	Safé-Bougoula		X	
8	Kamissa Mah Konaré	M	CSRef Ouelessebougou		X	
9	Djeneba Diakite	M	CSRef Ouelessebougou		X	
10	Doumbia Salimata	M	Cscom Tinkele		X	
11	Togo Noc	H	Cscom Tinkele		X	
12	Samaké Fatoumata	M	Cscom Digan		X	
13	Sacko Souleymane	H	Digan		X	
14	Manadou Thiero	H	Mana		X	
15	Ladji Camara	H	Dangassa		X	
16	Ballo Seydou	H	Cscom Kafara		X	
17	Bah Kadia	M	CSCOM Kafara		X	
18	Salimata Samake	M	Sanankoro Djitoumou		X	
19	Ramatou Mariko	M	Marako		X	
1	Coulibaly Mohamed	H	Cscom Sanankoro-Djitoumou			X
2	Traoré Lassine	H	Cscom Bénéko			X
3	Konaté Idrissa	H	Safé Bougoula			X
4	Doumbia Seydou	H	Cscom Dangassa			X
5	Traoré Yousoouf	H	Cscom Niagadina			X
6	Konaté Daouda	H	Cscom Central Ouelessebougou			X
7	Djiré Mariam	M	Cscom Dangassa			X
8	Kanté Rahamata	M	CSCOM Tinkélé			X
9	Nianankoro Fomba	H	Cscom Tinkele			X
10	Traoré Assa	M	Cscom Central Ouelessebougou			X
11	Coulibaly Worokia	M	CSCOM Mana			X
12	Adamma Bagayoko	H	Sanankoro-djitoumou			X
13	Tamboura Chaka	H	CSCOM Kafara			X
14	Esai Doumbia	H	Mana			X
15	Assetou Traoré	M	Safé Bougoula			X
16	Molobaly Kane	M	Beneko			X
17	Sira Baubou Diarra	M	CSRef Ouelessebougou			X

18	Bintou Fombra	M	Kafara			X
19	Traoré N'Gounatouma	M	Cscom Marako			X
20	Coulibaly Kadiatou	M	Cscom Marako			X
Total participantes = 60				21	19	20
Equipo formador y coordinador: (100% H)						
1	Dr. Karim Togola	H	MEDES SAPCOM	X	X	X
2	Adama Babaryande Kounkoulba	H	MZC		X	X
3	Dr. Dicko Abdoiurhamane	H	CSRef Ouelessebougou	X	X	X
4	Dr. Souleymane Diarra	H	CSRef Ouelessebougou	X	X	X

* Las sesiones se celebraron los días 13,14 y 17 de diciembre 2023.

Anexo 6. Población atendida durante 2023 por los CSCOM

Áreas sanitarias	Grupos de Edad						Total pobl. Atendida 2023	Cobertura atención (% pobl.atendida)	Nuevos contactos (año y hab.)
	0 a 11 meses	1- 4 años	5 -14 años	15 - 44	45 -59	de 60 y +			
Bénéko	423	1480	3014	4134	804	708	10.563	99,9%	0,53
Dangassa	704	2464	5016	6882	1338	1179	17.583	99,9%	0,35
Digan	451	1577	3210	4404	856	755	11.253	99,9%	0,28
Kafara	282	988	2011	2759	536	473	7.049	99,9%	0,62
Mana	293	1025	2087	2863	557	491	7.316	99,9%	0,51
Marako	281	985	2006	2751	535	471	7.029	99,9%	0,49
Niagadina	521	1823	3711	5092	990	872	13.009	99,9%	0,4
Ouélessébougou	2159	7555	15379	21100	4101	3616	53.910	99,9%	0,26
Sanankoro- Djitoumou	1006	3522	7169	9836	1912	1685	25.130	99,9%	0,81
Safé Bougoula	869	3042	6193	8496	1651	1456	21.707	99,9%	0,45
Ténkéké	524	1834	3734	5123	996	878	13.089	99,9%	0,35
Total	7.513	26.295	53.530	73.440	14.276	12.584	187.638	99,9%	0,46%