

Informe de Evaluación del Proyecto

"Creación y puesta en marcha del Centro San Gabriel, Addis Abeba, Etiopía"

Código del proyecto 06-PR1-146

Fecha de Evaluación: Febrero - Marzo 2011

Realizado por: Dr. David Noguera y Gebre Madebo

País: Etiopía

Localización: Addis Abeba, Akaki Kality

Implementadores del proyecto: Oficina de Coordinación Social y de Desarrollo de la Iglesia Católica en Etiopía (ECC-SDCO, A.A).

Financiado por la ONG española: FPSC, con fondos de Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

ÍNDICE

Glosario

0.- Resumen Ejecutivo.....	4
1.- Introducción.....	10
2.- Breve descripción de la intervención evaluada.....	14
3.- Análisis de los resultados de Intervención y Evaluación.....	30
3.1.- Pertinencia.....	30
3.2.- Eficacia.....	34
3.3.- Eficiencia.....	37
3.4.- Impacto.....	39
3.5.- Sostenibilidad.....	40
3.6.- Cuestiones transversales.....	42
4.- Conclusiones y Recomendaciones.....	43
6.- Anexos:	
Anexo I: Términos de referencia	
Anexo II: Recomendaciones desarrolladas	
Anexo III: Documentación fotográfica	
Anexo IV: Agenda de evaluación	
Anexo V: Documentación consultada	

GLOSARIO:

AA	Addis Ababa.
ACS	Archdiocesan Catholic Secretariat(ACS)
AECID	Agencia Española de Cooperación y Desarrollo.
ANC	Antenatal Care
E.C	Calendario Etíope.
ECC-SDCO,A.A	Ethiopian Catholic Church Social and Development Coordinating Office of Addis Ababa (ECC-SDCO, .A.A)
EPI	Expanded Program of Inmunization.
FPSC	Fundación Promoción Social de la Cultura
GoE	Gobierno de Ethiopia
HC	Health Centre
HEP	Health Expansion Package
MCH	Mother and Child Health.
NGO	Organización no Governamental.
MCH	Mothers and Child Health
OPD	Outpatient Department
PNC	Postnatal Care.
HIV/TB	Human Immuno defficiency Virus/ Tuberculosis

0.- RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe corresponde al resultado de la evaluación final del proyecto "Creación e implementación del Centro de Atención Primaria de Salud de San Gabriel, Addis Abeba, Etiopía (06-PR1-146)". El citado proyecto ha sido ejecutado por Fundación Promoción Social de la Cultura (FPSC), con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), siendo socio local la Oficina de Coordinación Social de Desarrollo de la Iglesia Católica de Etiopía (ECC-SDCO, A.A).

El proyecto fue presentado ante AECID en julio de 2006 pero sufrió diversos retrasos con motivo de dos cambios sucesivos en la parcela a utilizar para la construcción del Centro de Salud. De esta forma se dio comienzo formal al proyecto tras la segunda reformulación fijando su emplazamiento definitivo cuando la Administración de Akaki-Kaliti aprobó la cesión de un terreno de 5.000 m² en el kebele 11 de dicha sub-ciudad.

El ámbito temporal del proyecto a evaluar fue:

Fecha de inicio: 15 febrero 2007.

Fechas modificadas y autorizadas por AECID fueron:

27 de marzo de 2008: modificación sustancial debida al cambio de ubicación.

23 de febrero de 2009: prórroga de la ejecución hasta el 15 de febrero de 2010.

Fecha de finalización: 15 febrero 2010.

El retraso en el comienzo del proyecto coincidió con un incremento significativo de la inflación en Etiopía lo que provocó la necesidad de buscar financiaciones complementarias para poder alcanzar los resultados previstos.

De esta forma se han organizado como: Fase 1 financiada por AECID y Fase 2 financiada por el resto de los donantes (Generalitat Valenciana, Fundación Canfranc, Ayuntamiento de Zaragoza y Gobierno de Aragón)

El presupuesto total de la AECID para el proyecto es de 504.572 €.

De esta manera, la presente evaluación se centrará en las acciones financiadas por la AECID correspondientes a la "Construcción y puesta en marcha del Centro de Salud de Atención Primaria, que incluye dos edificios:

- Uno de dos plantas (abajo Dirección y oficinas, arriba Maternidad).
- Otro en forma de U con un patio central (ambulatorio de consultas prenatales, postnatales y pediátricas).

Los resultados esperados de esta Fase 1 son los siguientes:

Resultado 1: Un centro de salud está construido de acuerdo con los estándares del Ministerio de Salud de Etiopía aceptables para el caso y listo para albergar los servicios asistenciales predefinidos en la Fase 1.

Resultado 2°: El centro materno infantil es equipado para prestar adecuadamente la cartera de servicios prevista

Resultado 3°: Los sistemas de gestión administrativa y clínica y sus protocolos están definidos. Los profesionales necesarios para el funcionamiento de los servicios están formados en programas que los hacen aptos para prestar los servicios propuestos.

Resultado 4°: Un Plan de Salud ha sido establecido para la zona del *kebele* sobre la base de un diagnóstico socio-sanitario realizado en el área de influencia de la intervención con los siguientes elementos

El objetivo de esta evaluación contratada por FPSC a GCI, ha sido conocer el grado de consecución de los resultados y dar recomendaciones en torno a su diseño y ejecución para la corrección de posibles desviaciones en el último tramo de la intervención.

Metodológicamente, se han seguido las pautas marcadas por los TDR, intentado ser ortodoxo con los principios adoptados del CAD para la evaluación de proyectos de desarrollo, aportando con ingredientes cualitativos y cuantitativos, técnicos y sociales y mirando el proyecto desde distintas visiones además de sus ejecutores directos, principalmente la de sus beneficiarios y de entidades y organismos relacionadas con la intervención.

La mayor parte de la información analizada corresponde al documento de formulación del proyecto aprobado por la AECID, los informes de seguimiento y otros documentos e informes obtenidos de FPSC y las observaciones e información recogida durante el trabajo de campo en Addis Abeba. En Madrid se realizaron varias reuniones preparatorias, con la presencia de los responsables de FPSC de país y de la evaluación.

La misión de evaluación en campo, fue realizada desde el 6 hasta el 15 de febrero de 2011, con presencia en la *kebele* donde se está desarrollando la intervención. Los instrumentos utilizados en campo para la obtención de la información, han sido visitas y observación directa, entrevistas con miembros del equipo del socio local, responsables de la construcción del Centro, charlas y reuniones con beneficiarios, responsables de salud y otras entidades participantes en la intervención. Así la información obtenida se considera representativa para un acercamiento serio y responsable a la ejecución del proyecto y a las condiciones en que se está desarrollando.

La Sub-ciudad de Akaki Kality compuesta por 8 Sub-Kebeles tiene una población de 239.628. Es zona industrial y debido a este hecho, tanto hombres como mujeres, la mayoría de ellos vulnerables en lo que se refiere a su situación económica, vienen a vivir y buscar trabajo. De incluirse este dato la población se elevarían a 300.000. A su vez el norte la Subciudad está rodeado por comunidades rurales que carecen de acceso a las instalaciones de salud. En Akaki Kality sólo hay tres centros de salud y cinco puestos de salud para servir a una población de 239.628, lo que no cumple los estándares de cobertura previstos por el GoE.

El Kebele 10/11 (kebele 5) está densamente habitada con una población aproximada de 25.000 sin ninguna institución de salud ya sea gubernamentales o privadas. Por lo tanto actualmente los residentes de la Kebele deben desplazarse a Kebeles adyacentes que no son de fácil acceso para ellos por lo que están obligados a ir a pie o utilizar sus escasos ingresos para recurrir al transporte público para acceder a los centros de salud más cercanos.

Algunas fábricas disponen de servicios médicos, que solo administran primeros auxilios y no tienen capacidad de dar servicios integrales ni a sus empleados ni a los habitantes de la comunidad circundante. Muchas mujeres embarazadas durante el parto no tienen acceso a servicios de salud, y no pueden permitirse el cubrir el costo cada vez mayor de transporte para ir a los centros y hospitales localizados en el centro de Addis Abeba.

Dado el contexto, se plantea este proyecto cuyo objetivo general es Mejorar del acceso a los servicios de salud de atención primaria en Addis Abeba; y de forma específica, "Mejorar el acceso a los servicios de salud materno infantil de la población del kebele".

Para ello FPSC y su socio local ECC-SDCO,A.A, han llegado a un acuerdo con la AECID para cubrir el costo de construcción del bloque de maternidad, así como de un edificio donde la planta baja se destina a la administración del centro, y el primer piso a los servicios de salud materno-infantil. El acuerdo incluye el vallado del perímetro del centro.

El equipamiento del bloque con los muebles para los servicios médicos, muebles para oficinas y salones, equipamiento para actividades de apoyo, (lavandería, esterilización y limpieza) es parte del acuerdo alcanzado entre la AECID y FPSC.

Como se pudo confirmar en el terreno, el socio local ECC-SDCO,A.A , como parte de la Secretaría de la Archidiócesis Católica cumple un importante rol en la atención primaria de la salud de la población mas desfavorecida; a su vez en los últimos años el Gobierno de Etiopía ha apostado de forma clara hacia la ampliación de la cobertura institucional de la atención a la salud, creando una estrategia específica (HEP) que consiste en mejorar el acceso a la salud para llegar a los indicadores previstos. Se basa en "Primary Health Unit", que consiste en la creación de un CdS con 5 puestos de salud para cubrir a 25.000 personas. En Addis Ababa, el

plan consiste en implementar un CdS en cada woreda, y cada CdS está pensado para cubrir una población diana de 40.000 habitantes.

El diseño del proyecto fue pertinente en el sentido que recoge las necesidades de la población beneficiaria, que son poblaciones con alta vulnerabilidad social que requieren satisfacer sus necesidades básicas en general y las de salud en particular.

También se confirmó el alineamiento del proyecto de FPSC con las políticas nacionales de salud (HEP), así como con la estrategia AECID PAE (2006-08) y los Objetivos del Milenio.

La estrategia de intervención planteada es clara y coherente entre problemas identificados y objetivos buscados. Sin embargo, aunque la lógica de intervención está bien estructurada por la consecución del Centro de Salud como elemento de entrega de servicios de salud, no lo está siendo tanto por el momento en la definición de la población, hecho que le permitiría organizar con mayor detalle la planificación de servicios a ofrecer en el mismo.

Se ha podido constatar, el alto grado de valoración, reconocimiento de este proyecto por tratarse de servicios de salud que pueden contribuir a modificar hábitos y conductas relacionadas con este campo. El Equipo de evaluación reconoce la pertinencia de la intervención ya que al proporcionar estas instalaciones de salud a la población se da un primer paso imprescindible, que además está en sintonía con la estrategia HEP del GoE; sin embargo, es necesario asumir que el cambio es un proceso a largo plazo, y el impacto final sobre la población dependerá de la calidad y accesibilidad de los servicios médicos prestados, particularmente los relacionados a la promoción de la higiene y hábitos de salud de la población beneficiaria.

La principal fortaleza de FPSC junto a su socio local ECC-SDCO,A.A que ha favorecido la eficacia en la ejecución del proyecto es el compromiso de la iglesia católica en la entrega de servicios de salud a la población desfavorecida de Etiopía y su continua relación con los responsables de organizaciones e instituciones públicas de salud. Sin embargo, no se percibe que se haya producido un proceso de acercamiento o de participación con la comunidad; si bien en la etapa de identificación no pareciera necesaria dada la ausencia total de acceso a la salud, sería preciso fomentar la aproximación a los beneficiarios, que permitirá incorporar la interlocución y coordinación del Centro de Salud con los órganos representativos de la comunidad.

Han transcurrido 5 años desde que se identificó el proyecto hasta su ejecución real, con los cambios de zona ya mencionados y aunque los problemas de salud de la población son probablemente los ya conocidos, el simple hecho de que la intervención se ha realizado en ámbito urbano industrializado y además se pretende introducir cambios de hábitos higiénico-sanitarios como atención preventiva de la salud, hace necesario un proceso participativo con la

comunidad beneficiaria. Este proceso ayudará a conocer cuales son las prioridades de salud reales y cual es la población real que deberá atender el Centro de San Gabriel.

La falta de esta información de la población beneficiaria es la debilidad más importante detectada y consideramos que podrá limitar una mayor eficacia en el cumplimiento de los resultados del proyecto a futuro.

El plan de salud en fase de preparación requerirá de un sistema de monitoreo que le permita seguir el cumplimiento de los indicadores clave que se incluyan y en coherencia con los establecidos por el GoE. Estos indicadores junto con el sistema de seguimiento permitirán en su momento medir los impactos del centro San Gabriel sobre la población del kebele.

El componente económico se ha valorado positivamente ya que a pesar de los retrasos en el inicio de las actividades debido a los cambios del terreno para la edificación, una vez iniciada la misma los plazos se han cumplido según lo planificado. Toda la construcción ha cumplido las directrices establecidas por GoE para centros de esta tipología. Así mismo, el control presupuestario ha sido correcto. Apuntar que el cambio producido desde un inicio del proyecto con un solo donante hacia la realidad final de varios donantes, ha generado documentación que recoge las distintas actividades asociadas a cada uno de los financiadores.

FPSC ha integrado exitosamente presupuestos de otros financiadores además de la AECID, como la Generalitat Valenciana, el Ayuntamiento de Zaragoza y el Gobierno de Aragón, con una oportuna gestión de proyectos complementarios que se están integrando perfectamente a la actuación general marcada desde el proyecto. En este sentido, FPSC ha sido eficiente en el diseño del proyecto ya que ha posibilitado la correcta integración de las dos fases lo que aporta la consecución de resultados.

El modelo operacional del Secretariado de la Iglesia Católica en Addis Abeba (ECC-SDCO,A.A), prevé que una vez concluyen los trabajos de construcción de estructuras de salud o educación, ECC-SDCO,A.A busca una Congregación religiosa que gestione estos centros. En el caso de San Gabriel, esta búsqueda ha comenzado meses antes de la conclusión de la construcción y ya ha sido contactada la congregación "Brothers of the Good Work". En caso contrario se formaría un equipo gestor responsable del funcionamiento del Centro. Actualmente y desde Noviembre de 2010 ya ha contratado un gestor de proyecto que trabaja en el mismo.

Para la gestión del Centro de Salud existe un plan para implementar un Consejo de Administración para la toma de decisiones y dar mayor sentido para la gestión. El día a día las actividades de la salud se manejan por un equipo de dirección. Para los miembros del Consejo de Administración, la estructura propuesta incluye tres miembros de ECC-SDCO,A.A, dos de la

Congregación, una de una organización no gubernamentales similares (destinados CUAMM) y otro por determinar.

El equipo gestor del proyecto ha mantenido una buena coordinación con las instituciones de salud del gobierno local y es deseable que se fortalezcan aún más ante el compromiso de una correcta entrega de servicios de salud esperada por la población. Esta comunicación/coordinación es de especial interés si consideramos que próximamente se abrirán 2 nuevos centros de salud hasta un total de 6 en el plazo de tres años en la misma zona; esta situación puede y debería cambiar de forma sensible el tipo de servicios a entregar así como la población de referencia del Centro San Gabriel.

Las medidas incorporadas para fortalecer las capacidades del socio local en aspectos específicos de salud han sido asesoramientos externos tanto desde entidades locales como de expertos internacionales. Aunque se facilitaron determinados enfoques se detecta que ha habido una cierta falta de competencias y experiencia en temas relacionados con la planificación de programas médicos en las fases anteriores del proyecto.

La ejecución del proyecto ha acumulado retrasos justificados por circunstancias externas al mismo; sin embargo, una vez comenzados las actividades para cada uno de los objetivos se han ejecutado prácticamente en su totalidad, a excepción de lo referente al "Plan de Salud" para la zona del *kebele* sobre la base de un diagnóstico socio-sanitario que está en proceso de preparación según lo establecido en el proyecto.

Durante la evaluación, se pudo apreciar la falta de integración del enfoque de género de una forma específica. Sin embargo, esta perspectiva se ve integrada en varios aspectos como la priorización de la salud materna entre la cartera de servicios propuesta por el centro y en la contratación de mujeres en el equipo de profesionales del mismo, aunque no transversalmente

1.- INTRODUCCIÓN:

Antecedentes de la evaluación:

La evaluación se centra en el proyecto "Creación y puesta en marcha del Centro de Salud de Atención Primaria San Gabriel, Addis Abeba, Etiopía (06-PR1-146), ejecutado por la Fundación Promoción Social de la Cultura (FPSC) con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) y el socio local (ECC-SDCO,A.A).

La evaluación final se propone cumplir con las normas contenidas en la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General en el Real Decreto 887/2006 de 21 de julio, así como en la Orden de Bases AEC/1303 / 2005 de 27 de abril.

Objetivos de la Evaluación:

De acuerdo con los TdR elaborados, aprobados por AECID, los objetivos de la presente evaluación son:

- Determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos previstos en la formulación del proyecto.
- Identificar conclusiones que nos permitan mejorar la metodología de intervención en futuros proyectos.
- Reflexionar sobre la contribución de la intervención a la lucha contra la pobreza, y en particular a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Etiopía.
- Valorar si los recursos se han utilizado de modo eficiente y eficaz.
- Valorar la pertinencia de la intervención en relación con los problemas identificados en la zona, y su coherencia dentro de la estrategia de la Cooperación Española.
- Valorar el papel que han desempeñado los diferentes actores de la intervención.

Los objetivos específicos incluyen:

- El desempeño físico y financiero del proyecto.
- Evaluar la eficiencia y la eficacia en la ejecución del proyecto.
- Evaluar los beneficios de los proyectos en términos de mejorar el estado de salud de la población y el alcance de estos beneficios a las comunidades de destino.
- Evaluar la calidad de los servicios prestados a la comunidad de destino.
- Evaluar el nivel de colaboración del proyecto con las partes interesadas y las comunidades.
- Evaluar la pertinencia de la intervención y de sus objetivos con respecto a los problemas que ha identificado en el Proyecto, con respecto a las estrategias y prioridades establecidas por el proyecto.
- Evaluar las actividades que se han llevado a cabo, su contribución al logro de los resultados y la optimización de los recursos utilizados con el fin de llevarlos a cabo.
- Para llegar a recomendaciones concretas y conclusiones.

Metodología de la Evaluación:

Esta evaluación adoptó una aproximación participativa, asegurando una constante interacción del equipo de evaluación con el equipo de FPSC, sus contrapartes institucionales en terreno y el grupo meta de la intervención.

Desde esta perspectiva, y según las particularidades de cada una de las acciones, en todo el proceso de evaluación se recogió información tanto cuantitativa como cualitativa.

Dadas las características de la intervención y el periodo previsto de estancia en el terreno, la información cuantitativa ha provenido de los informes y técnicas de recogida de datos previamente desarrolladas por FPSC (u otros actores presentes en la zona de intervención) mientras que la información de carácter cualitativo ha sido recogida por el propio equipo evaluador a partir del análisis de documentación y de las entrevistas con informantes clave.

Tiempo de evaluación:

1 semana de lectura y análisis de documentación

7 días de visita de terreno

2 semanas de síntesis y redacción de informe.

Herramientas que se han utilizado:

Herramienta/Técnica	Actores	Comentarios
Recopilación y Análisis de documentación disponible	<p>§ El equipo evaluador recopiló y analizó los documentos proporcionados por FPSC a nivel de sede, previa visita al terreno</p> <p>§ El equipo evaluador analizó, durante su visita a Etiopía, los documentos que se pudieron obtener a partir del equipo de FPSC y de otras organizaciones.</p>	<p>La información fue proporcionada por el propio personal de FPSC, salvo aquella información relativa a contexto o a otras organizaciones que el equipo evaluador pudo obtener por su cuenta.</p> <p>Los datos cuantitativos de la evaluación provinieron de los informes y técnicas de recogida de datos realizadas previamente y reflejadas en los informes y documentos obtenidos.</p>

Entrevistas con informantes clave	<ul style="list-style-type: none"> § Personal FPSC (en sede Madrid) § Personal de la contraparte implementadora. § Otros actores presentes en las zonas de intervención trabajando en temáticas similares a las de FPSC o con los que FPSC haya podido coordinarse § Autoridades locales administrativas Líderes tradicionales 	Las entrevistas individuales fueron semi-estructuradas, con una lista de elementos a tratar preparada previamente por el equipo evaluador y adaptada a cada persona a quien se entrevistó.
Grupos focales	<ul style="list-style-type: none"> § Población beneficiaria (directa y/o indirecta) § Eventualmente se puede considerar la conveniencia de realizar algún grupo focal. 	Los grupos focales se desarrollaron en pequeños grupos (homogéneos o heterogéneos en función del tipo de actor) con un máximo de 12 personas por grupo. Los temas a abordar fueron predeterminados por el equipo evaluador con un cuestionario semi-estructurado. La duración osciló entre 1 y 2 horas.
Entrevistas en los hogares	<ul style="list-style-type: none"> § Población beneficiaria 	Se consideró la realización de cuestionarios en los hogares. La pertinencia y viabilidad de esta herramienta se valoraría una vez conocido el proyecto con mayor detalle.
Observación directa	<ul style="list-style-type: none"> § De la zona de influencia del proyecto. § De estructuras similares. § De la comunidad y de sus prácticas relacionadas con el acceso a la salud, el uso del agua, el saneamiento y la higiene 	Las observaciones permitieron contrastar y complementar las informaciones recogidas a través del resto de herramientas.

La lista de personas entrevistadas se refleja en el anexo 4 de este informe.

Antes de finalizar la visita en terreno, el evaluador se ha reunido con los miembros de los socios de FPSC en el terreno para ofrecer una síntesis de los resultados preliminares de la evaluación.

Posteriormente, se ha redactado un informe preliminar de la evaluación de dichas acciones, que se ha enviado por correo electrónico al Comité de Seguimiento. Éste tuvo un máximo de una semana para entregar al evaluador/a sus comentarios, observaciones y sugerencias de mejora para obtener este informe final.

Los resultados de la Evaluación están claramente fundamentados y serán plasmados de forma clara y concisa, formulando recomendaciones de acuerdo con los TdR:

- Ü todas las conclusiones están basadas en hechos o evidencias a través de claras cadenas de razonamiento y juicios de valor transparentes;

- ü cada juicio de valor se expresa de forma explícita en cuanto al aspecto del proyecto que se está juzgando y el criterio de evaluación utilizado.

Límites y Restricciones de la Evaluación:

Varios son los factores que han afectado de una forma significativa la ejecución de esta evaluación:

-la naturaleza y características del proyecto evaluado:

Este proyecto fue formulado para la construcción de todo el centro de salud, pero debido a los retrasos e incremento de costes la propuesta original se dividió entre varios proyectos o fases, por lo que el apoyo de AECID quedó limitado a la primera fase que comprendía la construcción de algunos de los pabellones del centro, mientras otros donadores garantizaban el resto de los trabajos. La evaluación que nos ocupa se debe ceñir por tanto a los componentes del programa apoyados por AECID.

La evaluación es pertinente pues cumple con el compromiso adquirido con el financiador, sin embargo tal vez hubiera sido más interesante haber planteado una evaluación para la acción completa y no solo a una de sus fases. Esto nos daría una visión más global del valor real de la intervención realizada. Sin embargo, los resultados obtenidos de la presente evaluación, consideramos que son consistentes y que aportan recomendaciones interesantes.

-la composición del equipo evaluador:

A instancias de AECID, la evaluación se debía realizar con la presencia de un evaluador local. FPSC requirió la inclusión de un evaluador externo. Finalmente se acordó la creación de un equipo mixto. Por un lado, FPSC contrató a la consultora CGI que reclutó a David Noguera. FPSC, a través de su contraparte local ECC-SDCO, A.A, seleccionó como candidato a Gebre Madebo, experto etíope, perfil que fue validado por la OTC en Addis Abeba. Respecto al experto local, dejando de lado su CV que lo valida como evaluador y experto en salud del contexto del proyecto, hay que reflejar una serie de condicionantes que tuvieron un impacto en la evaluación.

- Ø Limitantes por su condición física: el Dr. Gebre Madebo padece una condición médica que aunque comentada desde el inicio entre las partes, no se ofreció el detalle suficiente para conocer como de significativamente afectaría este hecho. En la fase de gabinete previa al trabajo de campo la comunicación entre el experto español y el Dr. Madebo se hizo vía e-mail. Ya en terreno se comprobó la imposibilidad clínica real de mantener comunicación verbal por su parte. Esta realidad obligó a reformular ya en terreno la planificación original de la evaluación. Fue necesaria la realización conjunta de todas las actividades previstas, hecho que dificultó completar el programa previsto.

- Ø Cuestiones de independencia: pese que la actitud del evaluador local ha sido impecable en cuanto a su independencia de análisis y conclusiones, su ocupación actual como trabajador senior /coordinador en CUAMM (Doctors With Africa) hace necesaria una reflexión. CUAMM es un socio privilegiado de ACS. De hecho, el 100% de su portafolio operacional en Etiopía se implementa a través de ECC-SDCO, A.A, que es la responsable de la implementación del proyecto evaluado. Por tanto, y reiterando que no hay crítica alguna respecto a su actitud, sí debe hacernos reflexionar sobre la dificultad de localización de expertos locales que no tengan riesgo de incurrir en posibles conflictos de interés.

-los términos de referencia:

Los términos de referencia de la evaluación no han sido lo suficientemente concretos. Dada la naturaleza del proyecto (esencialmente la construcción de unos pabellones de un centro de salud) los criterios de evaluación seleccionados no necesariamente pueden ser cumplimentados. En los TdR se insiste en cuestiones de cobertura (en un proyecto sin beneficiarios) o de impacto, difícilmente medibles dadas las características de la intervención evaluada. Igualmente, ha sido complejo diferenciar la evaluación del componente apoyado por AECID del conjunto de la intervención.

2. Breve descripción de la intervención evaluada:

Sinopsis del proyecto:

La evaluación final a realizar es del proyecto de “Construcción y puesta en marcha del Centro de Salud San Gabriel” que fue presentada a la AECID en julio de 2006.

Objetivo general. La primera fase del Centro de Salud de Atención Primaria, que incluye dos edificios:

- Uno de dos plantas (abajo Dirección y oficinas, arriba Maternidad).
- Otro en forma de U con un patio central (ambulatorio de consultas prenatales, postnatales y pediátricas).

Localización geográfica.

Inicialmente se decidió que fuera en el kebele (distrito) 07/08 de la sub-ciudad de Arada, incluida en el término municipal de Addis Abeba., Etiopía.

La primera reformulación lo traslada al kebele 12/13 de la subciudad de Akaki Kaliti, incluida en el mismo término municipal de Addis Abeba, en un terreno de 6.274 m².

La segunda reformulación lo fija en su emplazamiento y la Administración de Akaki-Kaliti aprobó la cesión de un terreno de 5.000 m² en el kebele 11 de dicha subciudad.

Socios y Entidades locales. Oficina de Coordinación Social y de Desarrollo de Addis Abeba. (ECC-SDCO, A.A.).

Población beneficiaria.

En la formulación inicial se estimó que los beneficiarios directos del Centro de Salud serían 194.900 personas, habitantes del kebele 07/08 y alrededores, y el número estimado de beneficiarios indirectos era de 300.000 personas.

Finalmente, tras la reformulación aprobada, los beneficiarios son 50.000 personas, de las que 30.000 son mujeres. Se trata de una población muy joven inmigrante de zonas rurales, con un crecimiento demográfico alto y de una comunidad en la que la mayoría de personas habita viviendas precarias construidas con materiales básicos como el adobe y la chapa.

Presupuesto total.

FPSC: 504.572 € de AECID

Temporalidad del proyecto de AECID:

- Fecha de inicio: 15 febrero 2007.
- Fecha modificaciones autorizadas por AECID:
 - 27 de marzo de 2008: modificación sustancial debida al cambio de ubicación.
 - 23 de febrero de 2009: prórroga de la ejecución hasta el 15 de febrero de 2010.
- Fecha de finalización: 15 febrero 2010.

2. Antecedentes de la intervención

2. a. La formulación

La formulación del proyecto de "Construcción y puesta en marcha del Centro de Salud San Gabriel" fue presentada a la AECID en julio de 2006, dentro de la Convocatoria de Proyectos de aquel año.

El 27 de noviembre de 2006, la AECE resolvió conceder a FPSC una subvención de 504.572,00 € para la realización del proyecto. La formulación presentada por FPSC y la resolución de la AECID establecían para el proyecto una duración de 24 meses.

El documento de formulación definía que el Centro de Salud San Gabriel se situaría en el kebele (distrito) 07/08 de la sub-ciudad de Arada, incluida en el término municipal de Addis Abeba.

En vista de la falta de servicios sanitarios en la zona, la Administración local del kebele 07/08 había solicitado a ECC-SDCO-AA¹ la construcción y puesta en marcha de un Centro de Salud y le había cedido un terreno de 3.610 m². Dicho terreno contaba con edificaciones susceptibles de ser rehabilitadas y aprovechadas como unidades del Centro de Salud.

Un equipo técnico compuesto por representantes de la Administración local del kebele 07/08 y de ECC-SDCO-AA había proyectado el Centro de Salud, contando con la asesoría del Departamento de Salud de la sub-ciudad de Arada. Se estimaba que los beneficiarios directos del Centro de Salud serían 194.900 personas, habitantes del kebele 07/08 y alrededores, y el número estimado de beneficiarios indirectos era de 300.000 personas.

2. b. La primera reformulación

El compromiso escrito de cesión del terreno, firmado el 30 de mayo de 2006 por el Jefe Ejecutivo de la Administración del kebele 07/08, se encontraba entre los documentos de la formulación presentados por FPSC en julio del mismo año. Sin embargo, a comienzos de 2007 la Administración local se desdijo de su compromiso.

ECC-SDCO-AA emprendió la búsqueda de un nuevo terreno para el Centro de Salud. La búsqueda requirió casi un año. Por fin, la Administración local del kebele 12/13 de la sub-ciudad de Akaki Kaliti, incluida en el mismo término municipal de Addis Abeba, ofreció un terreno de 6.274 m². En diciembre de 2007 dos representantes de FPSC visitaron este terreno, acompañados por el Director de ECC-SDCO-AA y un representante de la Administración local.

En febrero de 2008, un representante de FPSC y un consultor médico estudiaron con el socio local, en Addis Abeba, la reformulación del proyecto, que fue presentada a la AECID, como propuesta de modificación sustancial, el 12 de marzo de 2008.

La propuesta de modificación presentada el 12 de marzo de 2008 afectaba a 4 puntos esenciales del proyecto, como consecuencia del nuevo terreno donde se va a construir el Centro:

1. Ubicación territorial y Población beneficiaria
2. Objetivo específico
3. Resultados
4. Plazo de ejecución

Al mismo tiempo fue reformulado el presupuesto. Todas las modificaciones propuestas fueron aprobadas por resolución de AECID de fecha 27 de marzo de 2008.

Posteriormente, el 15 de marzo fue firmado (con fecha 15 de marzo de 2008) un acuerdo entre FPSC y el socio local para llevar a efecto el proyecto tal como quedaba reformulado.

2. c. Segunda reformulación

Las elecciones administrativas locales de abril-mayo 2008 impidieron al socio local firmar su acuerdo con el Gobierno Local de Addis Abeba. Esto impidió comenzar las obras de construcción antes de la estación de lluvias (del 15 de junio al 15 de septiembre).

El 23 de septiembre de 2008 el socio local informó a FPSC de que el Gobierno de la subciudad de Akaki-Kaliti no otorgaba permiso de construcción, ya que el terreno estaba calificado "de uso industrial". Este hecho, aparentemente contradictorio, se debió probablemente a la interferencia de un inversor industrial.

Como quiera que la Escritura del terreno ("title deed"), a nombre del Centro de Salud, ya se encontraba en manos del socio local, y que la Consejería de Sanidad del Gobierno Regional de Addis Abeba ("Addis Ababa Regional Bureau") deseaba que se estableciera el Centro de Salud como previsto, el socio local solicitó al Gobierno Regional ("Addis Ababa Administration") que resolviera la cuestión.

El Gobierno Regional instó a la Administración de Akaki-Kaliti a ceder un nuevo terreno en la sub-ciudad, lo más próximo posible al emplazamiento previsto. El 6 de diciembre de 2008, el "Lease Bureau" de la Administración de Akaki-Kaliti aprobó la cesión de un terreno de 5.000 m² en el kebele 11 de dicha subciudad. El nuevo terreno se encuentra tan próximo al anterior que, en la práctica, no cabía hablar de cambio de emplazamiento ni de población beneficiaria.

El Director General y el responsable de proyectos en África de FPSC visitaron el nuevo terreno en diciembre de 2008. La antena de la AECID en Etiopía, con la que tuvieron ocasión de entrevistarse los representantes de FPSC, se manifestó favorable a llevar a efecto el proyecto aprobado, lo cual requería una prórroga del periodo de ejecución.

Por este motivo los representantes de FPSC solicitaron en la AECID una reunión con la Jefa de Servicio del Departamento de ONGD y la Técnica-País de Etiopía. La reunión tuvo lugar el 15 de enero de 2009, en la sede de AECID en Madrid. Como conclusión, se convino que FPSC solicitaría por escrito una prórroga equivalente al 50% del periodo de ejecución. Dicho periodo era de 24 meses, con lo cual se solicitan 12 meses adicionales. Siendo la fecha de inicio del proyecto el 15 de febrero de 2007, la fecha límite de ejecución quedaría fijada el 15 de febrero de 2010.

Dicha prórroga fue solicitada por FPSC el 21 de enero de 2009 y autorizada por AECID el 23 de febrero de 2009.

2. d. La ejecución

El socio local comenzó a levantar el muro de la finca el 18 de febrero de 2009. Las obras de construcción del Centro de Salud comenzaron el 16 de marzo de 2009, e incluyen dos edificios: uno de dos plantas (abajo Dirección y oficinas, arriba Maternidad), y otro en forma de U con un patio central (ambulatorio de consultas prenatales, postnatales y pediátricas).

Evento	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Formulación inicial del proyecto	Julio					
Resolución positiva de AECID	Nov.					
La Subciudad de Araba deniega el primer terreno.		Enero				
1era reformulación del proyecto (de Araba a Akakai).		Dic.				
Akaki cambia la localización del terreno.		Sept.				
Propuesta formulada y aprobada por las autoridades			Julio			
Se define terreno final			Dic.			
Empiezan los trabajos de construcción				Febrero		
Inauguración del CdS.						Febrero
Evaluación del Proyecto.						Febrero
Periodo proyecto de ACECID		Febrero			Febrero	
Periodo proyecto de Valencia			Agosto			Agosto
Periodo proyecto de Zaragoza (periodo prorrogado)				Dic.	Dic.	
Periodo proyecto de Aragón (prorrogado a Mayo 2011)				Dic.	Dic.	

Breve descripción del contexto:

La Sub-ciudad de Akaki Kality se compone de 8 Sub Kebeles. Tiene una población de 239.628. Este grupo de población no incluye a los trabajadores de las fábricas, numerosas en la zona, que de incluirse elevarían la población a 300.000.

Esta geográficamente identificada como zona industrial y debido a este hecho, tanto hombres como mujeres, la mayoría de ellos vulnerables en lo que se refiere a su situación económica, vienen a vivir y buscar trabajo en Akaki Kality Sub City.

Por la parte norte la Subciudad está rodeado por comunidades rurales que carecen de acceso a las instalaciones de salud. En la Sub-ciudad sólo hay tres centros de salud y cinco puestos de salud para servir a una población de 239.628, lo que no cumple los estándares de cobertura previstos por el GoE.

El Kebele 10/11 (woreda 5) está densamente habitada con una población de alrededor de 25.000 sin ninguna institución de salud ya sea gubernamentales o privadas. Por lo tanto los residentes de la Kebele no disponen de la posibilidad de acceder a las instituciones de salud, y deben desplazarse a Kebeles adyacentes que no son de fácil acceso para ellos. Por esta razón, la gente se ve obligada a ir a pie o utilizar sus escasos ingresos para recurrir al transporte público para acceder a los centros de salud más cercanos.

Algunas fábricas disponen de servicios médicos, pero salvo la administración de primeros auxilios no tienen capacidad de dar servicios integrales tanto a sus empleados o a los habitantes de la comunidad circundante. Muchas mujeres embarazadas durante el parto no tienen acceso a servicios de salud, y no pueden permitirse el cubrir el costo cada vez mayor de transporte para ir a los centros y hospitales localizados en el centro de Addis Abeba.

ECC-SDCO,A.A y FPSC firmaron el acuerdo con la AECID para cubrir el costo de construcción del bloque de maternidad, así como de un edificio donde la planta baja se destina a la administración del centro, y el primer piso a los servicios de salud materno-infantil. El acuerdo incluye el vallado del perímetro del centro.

El equipamiento del bloque con los muebles para los servicios médicos, muebles para oficinas y salones, equipamiento para actividades de apoyo, (lavandería, esterilización y limpieza) es parte del acuerdo alcanzado entre la AECID y FPSC.

Gestión del proyecto:

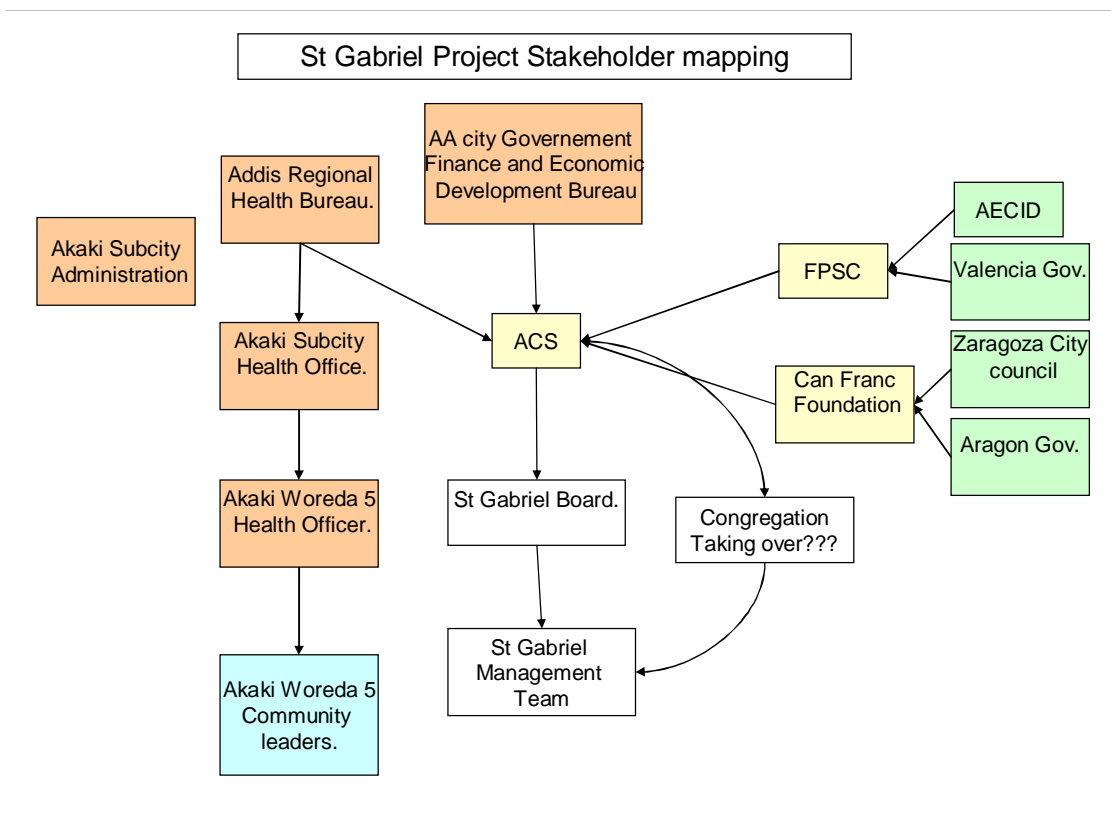
Existe un plan para implementar un Consejo de Administración para la toma de decisiones y dar mayor sentido para la gestión. El día a día las actividades de la salud se manejan por un equipo de dirección. Para los miembros del Consejo de Administración, la estructura propuesta incluye tres miembros de ECC-SDCO,A.A, dos de la Congregación, una de una organización no gubernamentales similares (destinados CUAMM) y otro por determinar.

Según el modelo operacional del Secretariado de la Iglesia Católica en Addis Abeba (ECC-SDCO,A.A), una vez concluyen los trabajos de construcción de estructuras de salud o educación, prevé que ECC-SDCO,A.A busca una Congregación religiosa que gestione estos centros. En el caso de San Gabriel, esta búsqueda comienza meses antes de la conclusión de la

construcción y ya ha sido contactada la congregación “Brothers of the Good Work”, en caso contrario se formaría un equipo gestor que ponga en funcionamiento los Centros. Actualmente y desde Noviembre de 2010 ya ha contratado un gestor de proyecto que trabaja en el mismo.

ECC-SDCO,A.A mantiene la comunicación con las oficinas de Gobierno, para coordinar las actividades y ponerlas en práctica atendiendo las directrices por ellos establecidas hasta que la Congregación asuma la gestión del centro.

Existen políticas y estándares del gobierno etíope para establecer los Centros de Salud. El tipo de construcción, diseño de la construcción, la necesidad de material, equipo y todo tipo de medicamentos se enumeran por el gobierno para cada tipo de centro.



Mapa de actores involucrados en el proyecto Clínica San Gabriel.

	MATRIZ DEL PROYECTO EVALUADO.	Indicadores objetivamente verificables	Grado de cumplimiento
<u>Objetivo general</u>	Mejora del acceso a los servicios de salud de atención primaria en Addis Abeba.		
<u>Objetivo específico</u>	Mejorar el acceso a los servicios de salud materno infantil de la población en el <i>Kebele</i> 12 /13 de la Subciudad de Akaki-Kality de Addis Abeba, Etiopía.		
<u>Resultados</u>	<p><u>Resultado 1°</u>: Un centro de salud está construido de acuerdo con los estándares del Ministerio de Salud de Etiopía (Anexo II) aceptables para el caso y listo para albergar los servicios asistenciales predefinidos en la Fase 1.</p> <p><u>Resultado 2°</u>: El centro materno infantil es equipado para prestar adecuadamente la cartera de servicios prevista</p> <p><u>Resultado 3°</u>: Los sistemas de gestión administrativa y clínica y sus protocolos están definidos. Los profesionales necesarios para el funcionamiento de los servicios están formados en programas que los hacen aptos para prestar los servicios propuestos (Anexo III).</p> <p><u>Resultado 4°</u>: Un Plan de Salud ha sido establecido para la zona del <i>kebele</i> sobre la base de un diagnóstico socio-sanitario realizado en el área de influencia de la intervención con los siguientes elementos</p>	<p><u>Indicador</u>: CMI de St. Gabriel construido</p> <p><u>Indicador</u>: CMI de St. Gabriel equipado</p> <p><u>Indicador</u>: Manuales de gestión y protocolos editados. Plantilla para la puesta en marcha seleccionada y formada</p> <p><u>Indicador</u>: Documento de Plan de Salud definido y editado</p>	

<p><u>Actividades</u></p>	<p><u>Relacionadas con el Resultado 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Reuniones con actores locales implicados: autoridades de salud, administración municipal, comunidad y otros servicios de salud para la identificación cualitativa de necesidades sentidas. 1.2 Establecimiento de la organización funcional del centro: Definición de servicios y programas que deben ser puestos en marcha, espacios físicos requeridos y base tecnológica que han de dar cobertura a aquellos servicios que hay que prestar. 1.3 Actuación de los consultores técnicos necesarios (<i>a.e.</i> arquitecto, ingeniería, instalaciones, etc.) para diseño de los proyectos básicos. 1.4 Licitación para selección, negociación y contratación de contratistas de obras y de servicios profesionales requeridos. 1.5 Diseño del proyecto ejecutivo, preparación para el inicio de la obra física. Inicio de la construcción del centro. 1.6 Construcción de las infraestructuras e instalaciones, monitoreo, control, finalización y certificación de obras. 1.7 Finalización de detalles y <i>commissioning</i> de los edificios para la puesta en marcha del centro 		<p>Las actividades del R - 1 se consideran conseguidas en un 100%.</p> <p>El CMI está construido y acorde con lo planificado.</p>

	<p><u>Relacionadas con el Resultado 2</u></p> <p>2.1.- A partir de la organización funcional (Actividad 1.2) se elaboran 3 listados: de mobiliario, de equipamiento médico y de medicamentos y material fungible (Anexo V).</p> <p>2.2.- Licitación para selección, negociación y contrato de compraventa de equipamiento, mobiliario y material fungible. En la medida de lo posible en el mercado nacional.</p> <p>2.3.- Organización de un plan de proveedores y servicios externos necesarios para el funcionamiento del centro.</p> <p>2.4.- Fabricación, envío y entrega a responsables del proyecto del equipamiento y material en destino. Muestreo, comprobación, uso de garantías y recepción final del equipo.</p> <p>2.5.- Instalación del equipamiento y su puesta en marcha en régimen de prueba. Programas de capacitación instrumental para instalación, uso y mantenimiento. La capacitación estará supeditada a la existencia de personal técnico ya adscrito al centro.</p>		<p>El R - 2 se considera conseguido en un 100%.</p>
--	--	--	---

	<p><u>Relacionadas con el Resultado 3</u></p> <p>3.1.- Análisis de los estándares definidos por la autoridad sobre procedimientos y personal sanitario que debe dar cobertura asistencial al centro. Definición de los procesos de gestión/administración y de los procesos de gestión clínica del centro. Establecimiento de perfiles de los profesionales y trabajadores del centro.</p> <p>3.2.- Elaboración de manuales de gestión del centro: Manual de Gestión Administrativa, Manual de Gestión Clínica. Definición y establecimiento de normas y procedimientos.</p> <p>3.3.- Diseño y desarrollo de los contenidos formativos de carácter teórico y práctico. Temarios, material didáctico, prácticas, fichas, exámenes, procedimientos de certificación y titulación, etc.</p> <p>3.4.- Convocatoria a profesionales interesados y selección del personal necesario.</p> <p>3.5.- Formación del personal médico, de enfermería, auxiliar, técnico y de gestión.</p> <p>3.6.- Contratación del personal mínimo necesario del Centro de salud para garantizar que parte del staff futuro aprende, conoce y domina aspectos necesarios de la gestión en los momentos previos al arranque del centro. Este personal sería: el director gerente, el jefe de almacén y el encargado de mantenimiento general.</p> <p>3.7.- Establecimiento de régimen de contratación y vinculación al centro del personal formado. Preparativos para hacer plena la disponibilidad de la plantilla necesaria con adaptación a diferentes regímenes laborales o de subcontratación. Preparativos legales y administrativos.</p>		<p>EL R - 3 se considera obtenido en un 80%.</p> <p>3.1. en el 80%. Los estándares definidos por las autoridades son respetados. Los procesos de gestión están definidos en parte. Está pendiente de clarificar el sistema de pago por consultas (definir el % de pacientes que pagan, cantidad a pagar)</p> <p>3.2 en el 80%. Como en el anterior, queda pendiente la cuestión de los pagos por consulta.</p> <p>3.3, 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7 conseguidos al 100%</p>
--	---	--	--

	<p><u>Relacionadas con el Resultado 4</u></p> <p>4.1.- Identificación, selección y análisis de fuentes de información</p> <p>4.2.- Identificación de actores locales y grupos <i>meta</i></p> <p>4.3.- Grupos focales para identificación de prioridades en formación, información y servicios.</p> <p>4.4.- Visitas al terreno para levantamiento del mapa socio sanitario: medicina privada, medicina tradicional, agentes locales de salud, determinantes de la salud y mapa de pobreza (Diagnostico de Salud)</p> <p>4.5.- Definición consensuada del Plan de Desarrollo Funcional del Centro de Salud comenzando con la Unidad Materno Infantil para los próximos cinco años, donde se incluyan entre otros y como consecuencia de un Plan de Empresa el desarrollo de las capacidades de atención necesarias para realizar intervenciones altamente efectivas, en respuesta a los problemas prioritarios de salud pública en el área de influencia del CSSG. Esto en consecuencia con el Plan Local de Acciones en Salud que responda al Diagnóstico de Salud previamente mencionado.</p>		<p>El R – 4 se considera obtenido en un 30%.</p> <p>4.1 al 70%. Se ha obtenido información de diferentes fuentes, pero no consta un análisis detallado de la información conseguida.</p> <p>4.2 al 30%. Actores locales identificados parcialmente. Los grupos meta no están correctamente definidos.</p> <p>4.3 en un 0%. No consta la realización de grupos focales.</p> <p>4.4 en 0%. Mapa socio sanitario no realizado. A nivel macro, pero no adaptado al contexto directo de intervención.</p> <p>4.5 en un 50% Plan de desarrollo específico definido parcialmente.</p>
--	---	--	--

Sin embargo, este marco del proyecto, limitado al componente que AECID apoya, es sólo una parte del programa completo (la primera fase), y por lo tanto debe complementarse con los otros componentes que cuentan con el apoyo de otros donantes externos (que corresponden a una segunda fase del proyecto) y que se presentan en las tablas siguientes.

Entidad solicitante	Donante	Subvención total	Pabellones médicos	Periodo de ejecución
FPSC	AECID	504.572	Ambulatorio y Clínica de Maternidad; toilettes.	15/2/2007 - 15/2/2010
	Generalitat de Valencia	270.000	Bloque de Urgencias y Consultas, residencia de personal; instalaciones.	28/8/2009 – 28/8/2011
Canfranc	Ayuntamiento de Zaragoza	76.300	Bloque de recepción; transformador y generador.	1/12/2009 – 1/12/2010
	Gobierno de Aragón	98.000	Farmacia, bloque de tratamiento de tuberculosis.	1/12/2009 – 1/12/2010

2. e. Las contribuciones para la 2ª fase del Centro de Salud San Gabriel

2. e.1. Valencia

El 28 de enero de 2009 FPSC solicitó a la Generalitat Valenciana una subvención de 300.000 euros para la construcción de nuevos pabellones médicos, y para sostener los costes salariales de los primeros servicios médicos del Centro de Salud.

En abril de 2009, la Generalitat concedió al proyecto 270.000 euros. El 24 de junio, FPSC entregó a la Generalitat una reformulación del presupuesto de la subvención concedida.

La fecha de inicio del proyecto valenciano fue fijada, de acuerdo con la normativa de la Generalitat, 3 meses después de la recepción de la subvención, es decir el 28 de agosto de 2009. El periodo de ejecución establecido en la formulación es de 2 años.

2. e.2. Aragón y Zaragoza

En septiembre de 2008, FPSC y la Fundación Canfranc, de Zaragoza, tuvieron los primeros contactos con relación al proyecto de Etiopía.

En la primavera de 2009, la Fundación Canfranc presentó sendas solicitudes al Gobierno de Aragón y al Ayuntamiento de Zaragoza, entidades que concedieron el 100% de lo solicitado: el Ayuntamiento el 17 de julio de 2009 (76.300 euros) y el Gobierno autónomo el 17 de septiembre (98.000 euros).

Ambos proyectos comenzaron su periodo de ejecución el 1 de diciembre de 2009, y el periodo de ejecución establecido es 1 año.

El 15 de diciembre de 2009, FPSC y la Fundación Canfranc firmaron un convenio de colaboración.

Proyecto	Objetivo General	Objetivo Específico	Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Presupuesto
Cooperación Española (AECID)	Mejorar el acceso a la salud en Addis Ababa	Improvement of access to Health services for mothers and children in the kebele 11 of Akaki-Kaliti Subcity	Un centro de salud está construido de acuerdo con los estándares del Ministerio de Salud de Etiopia aceptables para el caso y listo para albergar los servicios asistenciales predefinidos en la Fase 1.	El centro materno infantil es equipado para prestar adecuadamente la cartera de servicios prevista	Los sistemas de gestión administrativa y clínica y sus protocolos están definidos. Los profesionales necesarios para el funcionamiento de los servicios están formados en programas que los hacen aptos para prestar los servicios propuestos.	Un Plan de Salud ha sido establecido para la zona del <i>kebele</i> sobre la base de un diagnóstico socio-sanitario realizado en el área de influencia de la intervención con los siguientes elementos	
Gobierno de Aragón	Mejorar el acceso a los servicios de salud básicos para la población de Akaki-Kaliti.	Mejorar la salud de niños y mujeres en 8785 beneficiarios en Akaki-Kaliti.	Implementar servicios de salud para mujeres y niños. 2390 mujeres asistidas y 2784 niños asistidos y vacunados.	3.611 beneficiarios de 5 a 18 años de Akaki Kaliti son vacunados y sensibilizados sobre prevención de enfermedades (malnutrición, SIDA)	SO 2: Implementar un servicio completo de farmacia, recepción y tratamiento de TB para la población de Akaki-Kaliti.	R1 SO 2 Estructuras construidas y equipadas: Recepción, área de espera y zona de formación. Farmacia y casa del guardia. Tratamiento de TB. Caseta del generador y transformador.	Presupuesto: 98000 Eur.

Ayuntamiento o Zaragoza	Como en apartado superior	Como en apartado superior	Como en apartado superior	Como en apartado superior	Como en apartado superior	Como en apartado superior	Presupuesto: 76.300 Eur..
Gobierno de Valencia	Extender el acceso a servicios de salud básicos y mejorar la calidad de vida de la población de Akaki Kaliti.	Apoyar a la población de Akaki-Kaliti con un servicio de maternidad, sala de emergencias y consultorio.	R.1. Las siguientes estructuras son construidas: -consultas externas y sala de emergencias. - casa del personal.	R.2. Las siguientes estructuras son construidas y equipadas: -patio interno y parking. -estructuras de saneamiento. -estructuras eléctricas .	R.3. Set-up of 24 h. services (Maternity and Emergency) and OPD services (for male, prenatal, postnatal and pediatric)		Presupuesto: 240.300 Eur.

3.- Análisis de la información recopilada y sus resultados de la evaluación.

3.1. PERTINENCIA

P.3.1.1. *El proyecto ha dado respuesta a las necesidades y prioridades de la población?*

La falta de un centro de salud adecuado en la woreda es una brecha histórica que este proyecto viene a llenar. Los responsables de salud de la comunidad definen la presencia del nuevo centro como un gran acontecimiento positivo que cubre una gran necesidad y prioridad de la población. El GoE tiene planes de expansión de sus estructuras de salud que contemplan colocar un centro de salud en cada woreda en Addis. Este proyecto contribuye a este esfuerzo. El Equipo de evaluación considera que el proyecto ha dado respuesta adecuada a las necesidades y prioridades de la población.

Esta afirmación aplica para los servicios construidos con el apoyo de la AECID y de la situación del contexto actual. Un CdS tipo B es una prioridad principal para la población. Su extensión de servicios hasta centro tipo A (apoyada por otros donadores) requiere una evaluación posterior

P.3.1.2 *Es el proyecto una prioridad para los beneficiarios? Hay una correspondencia entre las prioridades de la población y los objetivos del proyecto?*

La construcción de una estructura de salud donde prevalecen las enfermedades transmisibles, sin presencia de centro de salud del gobierno donde proporcionar la prestación de servicios materno-infantil con un coste económico accesible es un evento importante para la comunidad. La población vulnerable que vive en condiciones de mala salud, el alto costo del transporte que pueden requerir en el momento de la asistencia al parto o cuando se requiere ayuda médica, hacen de esto centro una prioridad/necesidad para la población.

El Equipo de evaluación considera que el proyecto era una prioridad para la población y se corresponden las prioridades de la población con los objetivos de los proyectos.

P.3.1.3 *Los beneficiarios del proyecto fueron definidos así y forman un grupo prioritario?*

En el momento de diseñar el proyecto se definió una población diana que coincidía con la población de la subciudad de Akaki. Esta definición no fue apoyada por una encuesta demográfica y una evaluación epidemiológica de la población diana específica de las zonas más próximas al centro.

La reformulación del proyecto aprobada por AECID, cifra los beneficiarios en 50.000 personas, de las que 30.000 son mujeres.

El Equipo de evaluación considera que la población beneficiaria no está bien definida, no es consistente a lo largo de los diferentes procesos del proyecto y no se corresponde con la realidad del contexto de intervención.

Tampoco hay una descripción exacta de la población en términos de grupos de edad, género, cultura u origen étnico.

En general, hay gap en términos de definir la población diana, así como las necesidades específicas de la población. La argumentación para justificar/apoyar el proyecto se basa en el análisis macro de la situación y necesidades generales de salud de Etiopía, con poca adaptación y evaluación de las necesidades específicas de la población objetivo del proyecto.

La población de woreda 5 de Akaki puede ser considerado como un grupo prioritario en el contexto de Addis Abeba. Desde una perspectiva más amplia, teniendo en Etiopía como contexto general, otras poblaciones, particularmente en las zonas rurales, pueden presentar mayores necesidades y peores indicadores de salud.

P.3.1.4 ¿Han sido las líneas del proyecto coherente con las directrices establecidas en los documentos de la estrategia del sector que se refieren y con los documentos de la estrategia del país que corresponden?

El Gobierno de Etiopía, en colaboración con las Oficinas de Salud del Gobierno Regional, los Socios de Desarrollo (ONGs, Organizaciones de la Sociedad Civil), y organizaciones religiosas están haciendo ingentes esfuerzos para aplicar el programa de Expansión de la Atención Primaria, de acuerdo con las políticas nacionales de salud. Esto implica la construcción de centenares de Centros de Salud, su equipamiento y la puesta en marcha de estas estructuras.

En este contexto, el Gobierno aprobó el Health Expansion Package, (HEP), que consiste en mejorar el acceso a la salud hasta llegar a los indicadores previstos. La Primary Health Unit, consiste en la creación de un CdS con 5 puestos de salud para cubrir a 25.000 personas. En Addis Ababa, el plan consiste en implementar un CdS en cada woreda, y cada CdS está pensado para cubrir una población diana de 40.000 habitantes.

En el caso de Akaki-kality, si el GoE logra su objetivo meta de construir un HC en cada woreda, la cobertura puede incluso alcanzar niveles más altos de lo esperado.

El CdS de San Gabriel está diseñado para servir prioritariamente a las familias pobres que tienen muy poco o ningún acceso a servicios curativos, de promoción de salud, y la salud preventiva y de rehabilitación en la comunidad de destino. En el proyecto se pretende prestar especial atención a las madres y los niños incluyendo recién nacidos, para contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil, según lo establecido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 3 y 4.

El proyecto fue aprobado por AECID/OTC Addis al considerarlo consistente con el PAE 2006-2008.

El equipo de evaluación considera que el proyecto está en línea y es coherente con las directrices establecidas en los documentos de la estrategia de sector y la estrategia y políticas de salud del país.

El HEP es acompañado por una documentación amplia y precisa que define las normas, los estándares y el establecimiento de las estructuras de salud en términos de recursos/listados e indicadores para el personal, materiales, equipos, procedimientos de gestión, etc. Las organizaciones de desarrollo, tales como ECC-SDCO,A.A, tienen muy poco margen para modificar/adaptar la implementación de los proyectos respecto a los estándares definidos, lo que ha condicionado tanto el diseño actual como a las estrategias futuras de ampliación de servicios.

Sin embargo, ha habido poca coordinación entre ECC-SDCO,A.A y las autoridades locales, en parte por la alta rotación en los puestos administrativos y gubernamentales. Dadas las inversiones y los esfuerzos de las autoridades y organizaciones implementadoras se requiere una colaboración más estrecha con el fin de optimizar los esfuerzos en el desarrollo del HEP.

P.3.1.5 En cuanto a los principios de acción de las ONGD coherente con las políticas públicas que se aplica en el país? No ha habido consulta y concertación con las autoridades públicas competentes a lo largo de la identificación, formulación y ejecución del proyecto?

La Política Nacional de Salud de 1993 hizo hincapié en el desarrollo de la atención médica curativa, preventiva y de promoción de la salud equitativa y aceptable a todos los niveles y en todos los segmentos de la población, garantizando la accesibilidad de la población mediante el fortalecimiento de la colaboración intersectorial. De este modo la política de salud también da prioridad a la mejora en la educación, la información y la comunicación en temas de salud, junto con el control de las enfermedades transmisibles, el desarrollo de la salud ambiental y el apoyo adecuado de los servicios curativos, dando especial atención a las mujeres y los niños.

La expansión acelerada de la cobertura primaria de Salud, mediante el HEP, comprende la construcción y ampliación de unidades de atención primaria (puestos de Salud y centros de salud), así como la formación de los trabajadores de los centros, para así conseguir los objetivos del programa. Los datos disponibles indican un progreso constante, aunque lento en el sector de la salud

Este programa está pensado para cubrir 20 años, evaluado cada cinco ha sido fundamental para el despliegue de las políticas de salud del país. En el programa se da prioridad a la atención de salud preventiva y de promoción de la salud como la educación, los servicios de planificación familiar, inmunización, una mejor nutrición, saneamiento ambiental e higiene.

El sistema de salud aplicado en el HEP tiene 4 niveles -la unidad de atención primaria de salud (PHCU), en la parte inferior compuesta por un Centro de Salud y cinco Puestos de Salud satélites, que refieren a un hospital de referencia. Los puestos de salud y el centro de salud están para servir a 5.000 a 25.000 habitantes respectivamente, y el hospital de referencia debe

servir a 100.000 habitantes. El cuarto nivel sería el hospital general, que debe cubrir a 1 millón de habitantes y finalmente hospitales con servicios especializados donde se espera servir a una población de 5 millones.

Las consultas con la Oficina de Finanzas y Desarrollo Económico de la ciudad de Addis Abeba, Oficina de Salud de Addis Abeba, del Departamento de Salud de la Ciudad y Sub woreda Oficina de Salud han permitido obtener el histórico del proyecto y constatar su coherencia con las políticas locales, con la excepción de algunos protocolos médicos específicos relacionados con la distribución de preservativos y otros métodos anticonceptivos. Estas diferencias son conocidas y autorizadas por las autoridades de salud.

El Equipo de evaluación considera que los principios de actuación de las organizaciones ejecutantes así como los objetivos y actividades de la intervención son coherentes con la política del Gobierno de aplicación en este país.

P.3.1.6 Si los objetivos y los resultados de las intervenciones evaluadas adaptarse al contexto en el que se realizan? Existe coherencia entre el objetivo del proyecto y el problema que se pretende solucionar?

El problema de la falta de un centro de salud en la woreda es evidente, grave y significativo. Los objetivos y resultados de la intervención son adecuados y coherentes a esta necesidad, y dotan de coherencia a esta intervención. Sin embargo, el contexto ha sufrido cambios significativos que no han sido adecuadamente tratados. Durante el período de la implementación de este proyecto la aplicación del HEP ha variado el mapa de estructuras sanitarias de la sub-ciudad de Akaki.

En los próximos tres años está planeado construir y poner en funcionamiento hasta seis nuevos Centros de Salud, que incluirán servicios de Maternidad, dos de ellos en 2011. Al tiempo transcurrido desde la identificación de este proyecto y su construcción con los consiguientes cambios entre la población y sus necesidades más imperiosas, se une la planificación del gobierno etíope. Existe por tanto una necesidad urgente de redefinir la pertinencia de tipo A los servicios médicos en todos los establecimientos de salud actual, incluyendo la clínica San Gabriel. Así mismo, es necesario clarificar las poblaciones de referencia de los diferentes centros, así como los circuitos de referencia de los casos graves.

Una estrecha y eficaz coordinación con las autoridades sanitarias es necesaria para optimizar los recursos desplegados en la zona.

3.2. EFECTIVIDAD

P.3.2.1. Las actividades previstas se han realizado y están suficiente y necesario para el logro de los resultados?

Como se ha señalado la construcción de edificios, adquisición de equipos y mobiliario y la contratación del personal clave se ha logrado, por lo que podemos afirmar que los resultados se han conseguido. Ver la tabla siguiente.

Objetivos	Descripción	Indicadores de éxito	Grado de cumplimiento.
Objetivo Inmediato.	Mejorar el acceso a los servicios de salud materno infantil de la población en el <i>Kebele</i> 12 /13 de la Subciudad de Akaki-Kality de Addis Abeba, Etiopía.	Al final del proyecto el CMI es accesible y está listo para ofrecer servicios de MCH a los beneficiarios.	El CMI ha sido construido, y a falta de detalles está listo para ofrecer sus servicios a la población.
Resultados Esperados.	<u>Resultado 1°</u> : El centro materno infantil (CMI) está construido de acuerdo con los estándares del Ministerio de Salud de Etiopía aceptables para el caso y listo para albergar los servicios asistenciales predefinidos en la Fase 1.	<u>Indicador</u> : La primera fase del Centro de Salud St. Gabriel construido.	100%. El edificio está construido.
	<u>Resultado 2°</u> : El centro materno infantil es equipado para prestar adecuadamente la cartera de servicios prevista	<u>Indicador</u> : CMI de St. Gabriel equipado	100%. El equipamiento está listo para trabajar.
	<u>Resultado 3°</u> : Los sistemas de gestión administrativa y clínica y sus protocolos están definidos. Los profesionales necesarios para el funcionamiento de los servicios están formados en programas que los hacen aptos para prestar los servicios propuestos.	<u>Indicador</u> : Manuales de gestión y protocolos editados. Plantilla para la puesta en marcha seleccionada y formada	80%. El personal ya está en proceso de reclutamiento. El equipamiento del Laboratorio aun se debe completar.

	<p><u>Resultado 4º:</u> Un Plan de Salud ha sido establecido para la zona del <i>kebele</i> sobre la base de un diagnóstico socio-sanitario realizado en el área de influencia de la intervención con los siguientes elementos.</p>	<p><u>Indicador:</u> Documento de Plan de Salud definido y editado</p>	<p>30%.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se ha obtenido información de diferentes fuentes, pero no consta un análisis detallado. - Actores locales identificados parcialmente. Los grupos meta no están correctamente definidos. - No consta la realización de grupos focales. - El mapa socio sanitario está realizado sólo a nivel macro, sin adaptado al contexto directo de intervención. - El plan de desarrollo específico está parcialmente definido.
--	---	--	---

P.3.2.2. *¿Se ha logrado el objetivo específico?*

De entre las actividades y estrategias que figuran en el documento del proyecto se ha logrado la construcción del Centro de Salud. La adquisición de equipo y mobiliario ha sido procesada. La ceremonia de inauguración se llevará a cabo en una semana de la realización de la presente evaluación.

En esta fase, el Centro de Salud San Gabriel aún no ha comenzado la prestación de servicios. Es muy difícil por tanto definir concretamente en que nivel se ha logrado el objetivo específico. En qué medida el proyecto ha hecho una diferencia en la práctica, o en qué medida los beneficiarios realmente se han beneficiado de los outputs o servicios puestos a su disposición aún no se puede concretar hasta que el Centro empiece a prestar servicios.

La construcción del edificio del Centro de Salud ha finalizado. El personal clave está identificado y empleado. Mobiliario y equipamiento del CMI está en marcha. La inauguración se llevará a cabo una semana después de la presente evaluación.

El equipo de evaluación considera que el objetivo específico se podría lograr en el futuro, pero en este momento, cuando el centro todavía no está operativo, no podemos afirmar que el objetivo se ha logrado. Sin embargo, parece lógico y consecuente que cuando comiencen las actividades médicas, se mejorará y garantizará a la población un mejor acceso a servicios de salud.

P.3.2.3. *¿Se han alcanzado los resultados previstos? ¿Qué factores internos o externos - han influido en los resultados obtenidos?*

Retrasos iniciales debido a la dificultad de obtención del terreno, al costo creciente al de los materiales de construcción, como cemento y barras de hierro, episodios de interrupción de la electricidad que causaron que los contratistas tuvieran que detener los trabajos de construcción, son factores externos que han condicionado muy severamente la implementación del proyecto.

Los resultados relacionados con la construcción (1 y 2) se han alcanzado (con retrasos significativos), mientras que los resultados relacionados con el inicio de la aplicación las actividades todavía no se han consolidado, aunque en algunos aspectos se han producido avances.

El plan de salud vinculado al resultado 4, requerirá de un sistema de monitoreo que le permita seguir el cumplimiento de los indicadores que se incluyan en él y estén en coherencia con los establecidos por el GoE. Estos indicadores de salud junto con el sistema de monitoreo permitirán en su momento medir los impactos del centro San Gabriel sobre la población del kebele.

El Equipo de evaluación considera que el papel desempeñado por los factores externos antes mencionados fue crucial más en el retraso que en la limitación de los resultados, que en general se han cumplido.

P.3.2.4. ¿Cuántos son los beneficiarios? ¿Cuál ha sido su participación en la ejecución del proyecto?

La Dirección Regional de Salud y la Oficina de Finanzas y Desarrollo Económico son consignatarios en el documento de formulación del proyecto. El Sub-departamento de Salud de la Ciudad y la Oficina de Salud woreda apoyaron desde el inicio del proyecto. En términos de autoridades, el proceso de ejecución del proyecto fue participado por las diferentes instituciones implicadas.

Pero en lo que respecta a la comunidad que acoge el Centro de Salud, el Equipo de evaluación considera que la participación de los beneficiarios es casi nula. La naturaleza del proyecto limita la capacidad de intervención de la población, pero esto no implica que hubiera sido necesaria una mayor participación de la comunidad en todas las fases del mismo.

Respecto a la cantidad de beneficiarios, las cifras han variado desde la formulación inicial hasta la segunda reformulación aprobada por AECID que estipula son 50.000 personas. Hay divergencias en los diferentes documentos del proyecto, por lo que no queda claro como se ha definido esta cantidad.

P.3.2.5. ¿Han sido las personas / colectivos afectados por el proyecto? Se ha hecho algo para reducir al mínimo los potenciales efectos negativos del proyecto?

Se pidió a algunas personas que vivían provisionalmente, y de forma no reglada, en la parcela donde finalmente se construyó el Centro de Salud, que dejaran el terreno. Parece que se usaron algunos mecanismos de compensación, pero durante la evaluación no encontramos documentos específicos a este proceso ni se pudo contactar con la población afectada. Este dato no se ha podido contrastar formalmente, de hecho existe documento fotográfico que identifica dicho solar como zona no habitada.

P.3.2.6. ¿Cuál es el impacto del proyecto en términos de género?

El impacto del proyecto en términos de género se prevé en la prestación de servicios de salud materno-infantil. Igualmente parte del personal sanitario y del equipo de gestión del centro son mujeres, entre otras la Directora General del centro.

3.3. EFICIENCIA

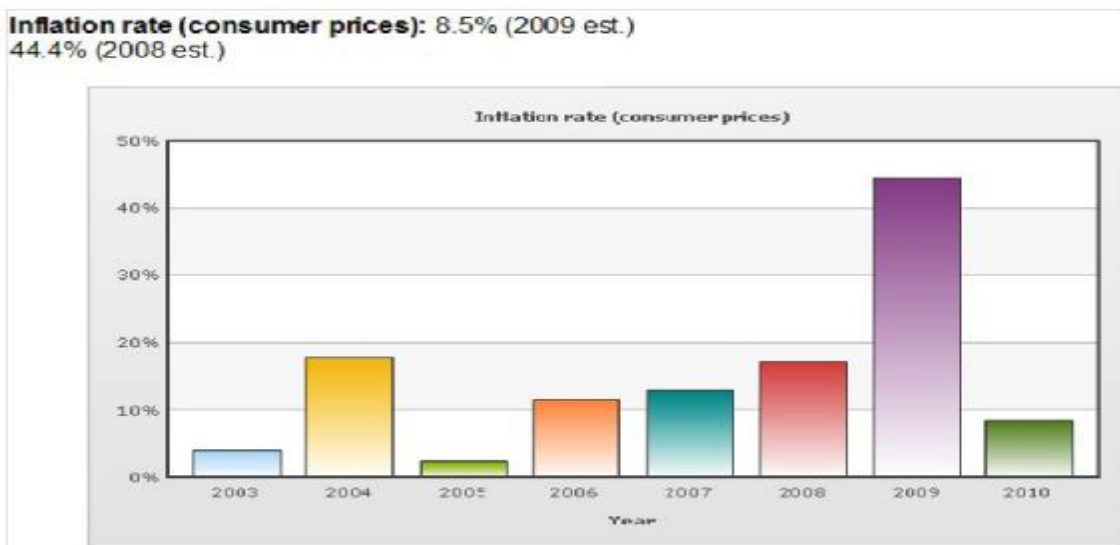
P.3.3.1. ¿Disponía el proyecto con los fondos necesarios en los tiempos previstos? Ha habido variaciones del proyecto con respecto a la formulación?

Para el análisis de este criterio se han podido estudiar la documentación disponible aunque el factor tiempo no ha permitido estudiar en profundidad las oportunidades y los costos del proyecto.

Los datos analizados indican que el presupuesto total inicial del proyecto ha sufrido cambios en consonancia con las reformulaciones del proyecto. La cifra finalmente aprobada por AECID es de 15,660, 212.00 Birr.

El conjunto de construcción del Centro San Gabriel se encontraba en la propuesta original enviada a la AECID. La estrategia de financiación se ha visto afectada por la conjunción de los significativos retrasos relacionados con la definición de la parcela final donde construir el Centro de Salud, así como en los índices de inflación, que aumentaron muy significativo durante el período de ejecución del proyecto.

No obstante, se ha constatado que el presupuesto de ejecución se ha adaptado a lo aprobado por AECIDS, alcanzándose un valor añadido por mejoras introducidas en la calidad constructiva del mismo y una mejor distribución de los espacios por encima de los estándares del GoE en aras de asegurar la sostenibilidad del Centro.



De acuerdo a la información disponible los fondos para la consolidación y continuación del proyecto –es decir, el inicio de las actividades médicas- están disponibles para el año 2011. De todos modos no se puede asegurar aún que la continuidad vaya más allá del periodo mencionado anteriormente y hasta que punto se obtendrán resultados positivos en calidad y cantidad de los servicios previstos. Este es el reto que se plantea a día de hoy para el Centro de Salud y la organización que lo gestiona y apoya.

P.3.3.2. Era el perfil de los gestores adaptado a la intervención y sus objetivos? ¿Qué mecanismos de seguimiento del proyecto se han utilizado?

El personal médico clave, Director Médico y Matrona Senior del Centro de Salud fueron contratados en Noviembre de 2010. Anteriormente, el Director de ECC-SDCO,A.A ha sido quien ha asumido la responsabilidad principal hasta el momento.

Consideramos que el organigrama del Centro está ahora en marcha y dispone de las competencias necesarias, pero ha habido una cierta falta de competencias y expertise en temas de planificación de programas médicos en las fases anteriores del proyecto.

Aunque se contó con asesoramiento puntual sobre determinados aspectos clínico-médicos ante la construcción y organización de la gestión del centro, hubiera sido necesario contar con anterioridad con perfiles que tuviesen competencias en diseño de programas de salud y salud pública, para desde la coordinación con los responsables de salud etíopes, asegurar una correcta planificación y diagnóstico de salud de la población beneficiaria.

P.3.3.3. Han sido los recursos materiales directamente relacionados con el logro de los resultados? ¿Cuáles son las inversiones indirectas por estos logros?

El apoyo dado a ECC-SDCO,A.A para el seguimiento de la ejecución del proyecto como los costos del combustible y gastos de funcionamiento son las inversiones indirectas en relación con el proyecto. El equipo de evaluación considera que los recursos materiales se relacionan con el logro de resultados.

Como ya se ha comentado, los cambios sobre el modelo estándar previsto por el GoE para este tipo de centros están en consonancia con el criterio de FPSC considerándolos un elemento que favorecerá la sostenibilidad del centro en el tiempo y así como la calidad de los servicios prestados,

Todos los actores entrevistados coinciden en que en lo que se refiere a calidad del edificio es el mejor CdS construido en Addis. Esta decisión se ha basado en la idea de ofrecer una asistencia de calidad y de fácil acceso para todos los beneficiarios.

Sin embargo, los evaluadores estiman que esta elección también puede formar parte del plan de negocios para atraer a clientes con disponibilidad económica de forma que mediante el pago por los servicios médicos contribuyan con una importante fuente de ingresos. La calidad

del Centro de Salud podría atraer a un cliente con recursos respecto a un Centro de Salud construido por el GoE. Aunque desde una perspectiva de sostenibilidad se puede entender, esto debe analizarse en detalle para valorar hasta que punto el Centro San Gabriel “absorbiera” clientes pudientes de otros centros de salud públicos, limitando por tanto la economía de los mismos.

De las informaciones vertidas por diferentes actores directamente vinculados a la construcción del centro, podemos aportar que el coste final de los costos directos de construcción para todo el Centro San Gabriel (en las diferentes fases y el total de financiadores) será alrededor de 11 millones de Birr, frente a los costos de un centro de salud pública habitual de 7,5 millones de Birr. Esto constituye un aumento del 46% del costo para el conjunto de la construcción del Centro San Gabriel. Es necesario especificar que el Centro S. Gabriel incluye instalaciones añadidas que no incluyen los centros de salud pública, como residencia del personal responsable y voluntarios médicos. No obstante estas instalaciones se han financiado con fondos de otros financiadores que no son AECID. Los costes asociados a la primera fase del proyecto financiada por AECID se han ajustado al presupuesto aprobado.

P.3.3.4. ¿Se han cumplido los tiempos previstos en la formulación? ¿Qué factores internos o externos han influido en los retrasos eventuales?

Es evidente que el proyecto se ha retrasado, debido a diferentes factores, principalmente externos. La obtención del terreno, el costo cada vez mayor de los materiales de construcción, interrupción de la electricidad obligando a los contratistas a detener los trabajos de construcción, fueron los factores externos que contribuyeron a alargar los tiempos previstos en la formulación.

3.4 IMPACTO

P.3.4.1. ¿Qué efectos a largo plazo del proyecto se han obtenido o es previsible que se obtengan?

El equipo de evaluación reconoce la disponibilidad física de una nueva estructura de salud, en este caso el Centro de Salud de San Gabriel, en una zona donde antes no existían estas instalaciones. Es el primer impacto en la comunidad. Pero el impacto real no podrá evaluarse hasta que el proyecto haya consolidado sus actividades de salud durante un período más largo.

Sin duda, es predecible que el proyecto contribuya a reducir la morbilidad materna e infantil y la mortalidad entre la población general en woreda 5 de la Sub-ciudad de Akaki Kality.

El aumento de la sensibilización de temas relacionados con la Salud, más padres llevando a sus hijos para el programa de vacunación, las mujeres en edad fértil vacunándose contra el tétanos, el nivel de inmunidad contra las enfermedades infantiles contagiosas en la woreda son indicadores muy previsibles y parece lógico que mejoren.

El equipo de evaluación considera que la contribución del proyecto será muy importante en el cumplimiento del objetivo deseado, y que los efectos a largo plazo pueden ser muy positivos y significativamente más importantes que lo obtenido hasta ahora.

P.3.4.2. El proyecto ha logrado un cambio de actitud en la población durante el tiempo de ejecución?

La prestación de servicios médicos no ha comenzado, y se ha limitado a actividades internas del centro, con poca incidencia en la población. Por tanto, no tiene demasiado sentido calibrar posibles cambios de actitudes en la población en el momento de la evaluación.

Definitivamente el proyecto es un proyecto muy apreciado por los potenciales beneficiarios y más que eso, es un proyecto de servicio de salud que puede contribuir a modificar hábitos y conductas relacionadas con este campo. El Equipo de evaluación reconoce que al proporcionar estas instalaciones de salud a la población se da un primer paso imprescindible; pero asumiendo que el cambio es un proceso a largo plazo, dependerá de la calidad y accesibilidad de los servicios médicos prestados, y particularmente los relacionados a la promoción de la higiene y hábitos de salud de la población beneficiaria.

P.3.4.3. Son los beneficiarios conscientes de los efectos obtenidos o potencialmente alcanzables?

El equipo de evaluación, debido a limitaciones de tiempo, no pudo reunirse con la comunidad, pero las diferentes autoridades de salud de la zona han expresado su agradecimiento por la realización de dicha instalación de salud de calidad en la Sub-ciudad. Este sentir refleja el de la comunidad. En cuanto el Centro esté en marcha, los beneficiarios podrán tener una perspectiva mejor de los potenciales efectos positivos a corto y largo plazo.

3.5 SOSTENIBILIDAD

P.3.5.1. El papel de los beneficiarios y su participación en la concepción, gestión y sostenibilidad del proyecto? Si los beneficiarios son los actores clave de la solvencia económica, ¿serán capaces de cubrir el costo de los servicios? ¿Van a participar, contribuyendo con fondos?

Para garantizar la sostenibilidad de todo el proceso del proyecto de diseño e implementación debe ser participativo con el fin de crear dentro de la comunidad y en todas las partes interesadas en las distintas etapas del proyecto un sentido de apropiación. El proyecto fue diseñado conjuntamente y de acuerdo con los diferentes departamentos gubernamentales, respetando en todo momento las normas y políticas del gobierno.

Pero en lo que se refiere al role de los beneficiarios, el equipo de evaluación define como débil y mejorable la participación comunitaria a lo largo de la intervención.

P.3.5.2. Si el costo de los resultados está garantizada institucionalmente, hay fondos para hacer esto posible? Tiene la organización que debe gestionar la intervención una vez concluida la fase de apoyo externo capacidad suficiente?

En cuanto a la sostenibilidad financiera las potenciales fuentes de financiación identificadas por ECC-SDCO,A.A son:

- Tasas por servicio a los pacientes (los que disponen de recursos).
- Posibles donadores de ayuda exterior que estén interesados en apoyar la ejecución del proyecto
- Búsqueda de congregaciones religiosas que puedan gestionar el centro de salud (incluida la contribución de fondos).
- Contribución del Gobierno Etiope.

Se dispone del referente de las de experiencias de Attat Hospital y el Centro de Salud de Nazaret (también administrados por la Iglesia Católica de Etiopía). El Centro de Salud de Nazaret, establecido hace 15 años aproximadamente, está situado en la ciudad que le da nombre que con más recursos es relativamente rica, y por esta razón no es recomendable comparar Akaki Kality Sub City con Nazaret ciudad.

Pero en este momento, lo cierto es que no hay un plan económico específico y detallado para sostener el proyecto más allá de la financiación de la que se dispone actualmente. Por otra parte, el equipo de evaluación considera que por definición, ningún centro de salud pública, en particular los destinados a llegar a los más vulnerables mediante la inclusión de una política de servicio gratuito, es sostenible. Por lo tanto, la falta de un plan específico en este momento significa un riesgo significativo en relación con la sostenibilidad del proyecto, incluso para finales de 2011.

P.3.5.3. Grado de implicación y apropiación por parte de las autoridades, las contrapartes y los beneficiarios: son las personas e instituciones conscientes de sus responsabilidades? Ellos han desarrollado o poseer las aptitudes necesarias para asegurar la continuidad de los beneficios?

En cuanto a la coordinación con las autoridades se estima que ha sido débil, y muy escasa con los beneficiarios. La estrategia de la continuación de este proyecto aún no se ha definido.

Ya se ha contratado personal para la gestión y entrega de servicios de salud del Centro y aunque el proceso de reclutamiento sigue abierto se han comenzado a preparar. Todavía no se han definido ni establecido las responsabilidades, aptitudes y responsabilidades de los diferentes actores necesarias en relación con el Centro de Salud San Gabriel, y asegurar así que el proyecto se mantenga. Una estrategia específica en este sentido debe ser desarrollada e implementada de una forma inmediata.

3.6. CUESTIONES TRANSVERSALES:

P.3.6.1. *Las cuestiones de género.*

Como mencionado anteriormente, las cuestiones de género se han tenido en cuenta en el sentido que el Centro de Salud incluye servicios de salud materno-infantil. Parte del personal técnico y superior incluye perfiles femeninos.

P.3.6.2. *Las cuestiones ambientales.*

La construcción del sistema e instalaciones de gestión está en construcción en el recinto del Centro de Salud. El incinerador para la destrucción de residuos, así como las fosas y para placentas y orgánicos están prácticamente acabados. Sin embargo, el área de gestión de residuos no cumple con los estándares de la OMS a los que sería deseable aproximarse aún cumpliendo lo establecido a tales efectos por el GoE.

P.3.6.3. *Aspectos culturales y diversidad.*

No hay ninguna referencia a estos aspectos en ninguna de las fases del proyecto.

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

4.1. PERTINENCIA:

Conclusiones:	Recomendaciones:
La intervención se considera pertinente, en respuesta a una necesidad y prioridad de la población.	Mejorar la coordinación a todos los niveles (autoridades, comunidad) e invertir en el mapeo médico y epidemiológico de la población para mejorar la pertinencia.
Hay una clara voluntad operacional de priorizar a la población más vulnerable. Sin embargo, la población beneficiaria no está bien descrita (% de género, vulnerables, grupos de edad, distribución étnica).	Definir adecuadamente la población diana, con una definición precisa en cuanto a edad, sexo y origen.
En términos de Addis, Akaki subcity Kality puede ser descrito como una zona deprimida. Sin embargo, las poblaciones rurales tienen mayores necesidades en términos de acceso a la atención primaria y salud materno-infantil.	Incluir en los documentos de formulación de proyectos clave una descripción de la razón de las principales decisiones operativas (p.e. ubicación del proyecto respecto a otras localizaciones).
No hay diagnóstico de salud previo de la población diana. La cobertura de vacunación, la morbilidad y patrones de mortalidad, % de partos institucionales, la mortalidad materna y perinatal son todavía desconocidos.	Realizar inmediatamente una evaluación médica de la población beneficiaria, a fin de identificar los principales problemas de salud y por lo tanto intentar optimizar impacto del proyecto.
En cuanto a la adecuación, hay una cierta falta de coherencia a lo largo de las diferentes propuestas de proyecto y sus documentos de formulación.	Generar documentos internos que recopilen toda la información necesaria y los diferentes procedimientos del proyecto.
Ha habido una evolución desde una sola propuesta de financiación a un proyecto de múltiples donantes, con propuestas y documentos de seguimiento diferentes. FPSC tiene un control preciso de actividades en función de cada donante.	
La matriz del proyecto no se ha adaptado a las modificaciones del proyecto. Árbol de problemas y árbol de objetivos son débiles.	Garantizar una adecuada documentación del proyecto, por donadores y en su conjunto.

<p>Objetivos generales y específicos están relacionados con acceso a la salud, y se separó la formulación original en cuatro propuestas diferentes, debido a las necesidades de financiación.</p>	<p>Definir un objetivo general y específico para el programa.</p>
<p>Las estrategias utilizadas para abordar el problema se consideran adecuadas al contexto y a las necesidades de la población, y son similares a las utilizadas por otros actores. Sin embargo no existe ningún documento sobre posibles alternativas evaluadas.</p>	<p>Prever posibles alternativas para responder a las necesidades detectadas.</p>
<p>En cuanto a la pertinencia para el contexto, se ha producido una cierta falta de análisis y coordinación hacia el impacto del HEP en Akaki Kality. Los nuevos 6 Centros de Salud pueden modificar significativamente las necesidades iniciales previstas de la población.</p>	<p>De manera urgente participar de una forma sistemática en los procedimientos de coordinación con las autoridades de salud de Akaki. La salud pública de la subcity tiene que ser abordado como un todo, y por tanto los esfuerzos del GoE y donantes privados deben estar estrechamente coordinados.</p>
<p>En términos de coherencia, el proyecto fue originalmente coherente y alineado con las políticas nacionales de salud (HEP).</p> <p>También se alinea con la AECID PAE (2006-08), aunque PAE tiene como objetivo prioritario reforzar la cobertura de los Centros de Salud principalmente en zonas rurales.</p> <p>En cuanto a la pertinencia de los servicios de salud que se presten será necesario disponer del estudio de necesidades y la planificación del Centro San Gabriel. En ese momento se podrá valorar también si se aplican los protocolos médicos adecuados a los mismos.</p>	<p>Asegurar que las políticas HEP son seguidas por el Centro San Gabriel, incluyendo check lists, sistemas de información sanitaria, los procedimientos de gestión, etc.</p> <p>Asegurar la coordinación del equipo de gestión del Centro San Gabriel con las autoridades de salud acerca de los protocolos médicos.</p>
<p>En cuanto a la coordinación, ha habido más comunicación que coordinación con las autoridades, sobre todo debido a la alta rotación en el lado de la administración.</p> <p>La población beneficiaria no ha participado en las diferentes fases del proyecto.</p>	<p>Mejorar la coordinación con las autoridades.</p> <p>Garantizar una estrecha comunicación y coordinación con la población beneficiaria, a través de autoridades competentes y de dirigentes tradicionales.</p>

4.2. EFECTIVIDAD

Conclusiones:	Recomendaciones:
No hay una descripción precisa de la población beneficiaria, y los resultados obtenidos se limitan a procedimientos internos del proyecto. Por lo tanto no se puede analizar la cobertura de los resultados del proyecto sobre la población beneficiaria.	Definir la población beneficiaria. Se recomienda la figura de población de la woreda como cifra de referencia (25.000), estimando los posibles cambios que el proyecto de HEP cause en el contexto (con mayor número de centros, menor población beneficiaria a atender en cada centro de salud).
Los resultados del proyecto han sido alcanzados en un alto porcentaje, del 100% en el R1 y R2, y del 80% para el R3 como se indica en la matriz, Tan solo para en el Plan de Salud del R4 se aprecian demoras muy significativas respecto a la planificación inicial.	Priorizar las actividades pendientes relacionadas con el R4 con el equipo de gestión del centro para garantizar el 100% logro de resultados.
El grado de consecución de los objetivos específicos no se puede medir, hasta que el centro de salud esté en funcionamiento y el acceso a la salud haya mejorado, pero las instalaciones, equipos y personal son los adecuados para el logro del mismo.	El objetivo específico se aplica para el total del programa en lugar del componente específico con el apoyo de la AECID. Una vez que los otros proyectos se implementen el objetivo específico se podrá medir. Definir los indicadores de salud clave y prever un sistema de monitoreo para la futura valoración del impacto.
Las autoridades expresan claramente un alto nivel de satisfacción sobre el proyecto. Podemos asumir que la comunidad comparte esta impresión.	Comprometerse con una sólida y mantenida coordinación y comunicación con las autoridades pero también con la comunidad.

4.3. EFICIENCIA

Conclusiones:	Recomendaciones:
Con hasta 4 diferentes donantes institucionales, más al menos 3 organizaciones dando apoyo al proyecto, es un ejercicio complejo definir y analizar las asignaciones presupuestarias y los gastos. Aunque la gestión es transparente, el sistema de seguimiento presupuestario resulta algo complejo.	Se precisan herramientas de descripción y seguimiento presupuestario claras. Documentos internos con una visión integral del programa completo.

Demoras masivas han afectado al proyecto (debido principalmente a factores externos) y, junto con una inflación en continuo crecimiento ha aumentado significativamente el presupuesto original.	
La calidad de construcción está por encima de los estándares promedio, consecuentemente a una decisión operacional de la organización ejecutora.	La elección de la calidad de la construcción debe ser justificada a través de la documentación del proyecto, con los pros y contras.
El proyecto cuenta ahora con una estructura adecuada de gestión (desde noviembre de 2010). Las inversiones en competencias médicas y de gestión han mejorado algunas de las deficiencias anteriores relativas a la planificación y definición de las necesidades médicas y servicios requeridos por la población.	Garantizar que competencias de salud pública y los perfiles estén presentes en las fases iniciales y de seguimiento del proyecto.
El modelo final de gestión aún no se ha definido o concretado. El Consejo de Administración previsto aún no se ha constituido y tareas y responsabilidades aún no están bien definidas a lo largo de la línea de gestión.	El modelo de gestión debe ser definido y aplicado lo antes posible. Las diferentes funciones y responsabilidades, teniendo en cuenta el contexto y los actores implicados, deben ser organizadas lo antes posible y reclutar/implicar a las personas identificadas para participar en la gestión.
El proyecto implementó mecanismos de seguimiento adecuados, a fin de garantizar la transparencia de los procedimientos, así como de los gastos y el control del presupuesto. Los diferentes constructores presentaron sus proyectos y la selección se hizo sobre una base de transparencia y eficiencia.	

4.4. IMPACTO:

Conclusiones:	Recomendaciones:
En cuanto a impacto es muy poco lo que se puede afirmar en esta fase del proyecto. A medida que el HC inicie y consolide sus actividades médicas entonces será el momento de evaluar el impacto total de la intervención.	

<p>El único posible efecto negativo, es que algunas fuentes comentan que un número de personas vivían en la parcela donde ahora está el centro en la construcción, y fueron desplazadas. La documentación grafica existente al inicio del proyecto indica que no se trataba de zona formalmente habitada. No existe documentación adecuada para registrar / evaluar estos efectos negativos.</p>	<p>Todos los efectos negativos deben ser monitoreados y documentados en los informes de seguimiento del proyecto</p>
--	--

4.5. SOSTENIBILIDAD:

Conclusiones:	Recomendaciones:
<p>En esta etapa todavía está por definir la estrategia para garantizar la sostenibilidad del centro. Aunque las principales fuentes potenciales de ingresos están identificadas, no hay medidas concretas ni planes financieros definidos.</p>	<p>Como necesidad urgente debe ser redactado un plan económico teniendo en cuenta los diferentes escenarios posibles.</p>
<p>Por definición este tipo de instalación médica no es sostenible sin un apoyo externo significativo y mantenido de un donante.</p>	<p>Un mapeo de potenciales donantes externos, incluidas las autoridades/gobierno, debe ser realizado, y una actitud proactiva de búsqueda y garantía de fondos es necesaria para obtener los fondos en el medio y largo plazo que garanticen la viabilidad del proyecto.</p>
<p>El "plan de negocios" debe garantizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acceso completo a la población vulnerable. - coordinación total con los centros gubernamentales del Ministerio de Salud para que sus actuales esfuerzos invertidos en el HEP no se vean socavados por la presencia y posible competencia de San Gabriel. 	<p>Coordinarse con el Ministerio de Salud y las autoridades de salud Subcity para garantizar que en caso de que el proyecto no obtenga apoyo externo adecuado se pueda entregar al sistema de salud gubernamental, asegurando que no ocurran efectos negativos (interrupción del servicio, tarifas caras) hacia la población beneficiaria.</p>
<p>Los posibles riesgos de la posible privatización de la clínica San Gabriel se deben evitar.</p>	<p>San Gabriel no puede convertirse en un centro privado. Esto debe ser definido y descrito en todos los documentos del proyecto, fundacionales, los acuerdos internos y externos, etc.</p>

<p>Coordinación y comunicación con todas las partes interesadas ha sido la débil, sin ningún impacto hasta el momento en lo que se refiere a la apropiación de esta iniciativa por las autoridades o la comunidad.</p>	<p>Mejorar la apropiación de los diferentes actores, mediante la intensificación de la coordinación y la comunicación con todos ellos.</p>
--	--

4.6 CUESTIONES TRANSVERSALES:

Conclusiones:	Recomendaciones:
<p>El enfoque de género se ha tenido en cuenta al invertir en la salud materno-infantil y en otras actividades destinadas a las mujeres.</p>	<p>Continuar con la inversión necesaria en temas de género.</p>
<p>Las cuestiones ambientales, principalmente relacionadas con la gestión de residuos en las instalaciones no cumplen con estándares de la OMS.</p>	<p>Actualización de las áreas de gestión de residuos a las normas de la OMS.</p>
<p>Las cuestiones culturales no se reflejan en los documentos del proyecto. De todos modos el acceso gratuito a la salud está garantizado a toda la población, independientemente de su sexo, origen, religión, etc.</p>	<p>Elaborar un mapeo de las tribus/orígenes de la población beneficiaria es necesario. Una comunicación fluida y continua con los líderes tradicionales es necesaria.</p>