



**EVALUACIÓN INTERMEDIA
DEL CONVENIO MPDL-AECID 10-CO1-016.
DESARROLLO RURAL Y SALUD PRIMARIA Y REPRODUCTIVA EN MALÍ Y NÍGER**

CONSULTORA PRINCIPAL : [REDACTED]

MAIL: [REDACTED]

CONSULTORES LOCALES DE APOYO : [REDACTED]
[REDACTED]

Contenido

Acrónimos.....	3
Resumen	4
1 Introducción.....	10
1.1 Antecedentes y objetivo de la evaluación.....	10
1.2 Preguntas principales y criterios de evaluación.....	11
1.3 Metodología y plan de trabajo.....	13
1.4 Condiciones y limitaciones del estudio realizado.....	15
1.5 Presentación del equipo de trabajo.....	15
2 Descripción de la intervención evaluada.....	16
3 Resultados de la evaluación de la intervención en Níger.....	18
3.1 Análisis del diseño de la intervención en Níger.....	18
3.1.1 Coherencia de la intervención en Níger con las políticas de la Cooperación Española.....	18
3.1.2 Pertinencia de la intervención en Níger.....	20
3.1.3 Alineamiento de la intervención en Níger.....	24
3.1.4 Complementariedad con otros instrumentos.....	25
3.2 Análisis de los procesos de ejecución y de gestión en Níger.....	28
3.2.1 Evolución de los recursos humanos en Níger.....	28
3.2.2 Coordinación de la intervención en Níger.....	29
3.2.3 Cobertura de la intervención en Níger.....	32
3.2.4 Participación y apropiación en Níger.....	35
3.2.5 Gestión basada en los resultados en Níger.....	39
3.2.6 Eficiencia.....	45
3.3 Análisis de los resultados de la intervención en Níger.....	54
3.3.1 Eficacia de la intervención en Níger.....	54
3.3.2 Viabilidad de la intervención en Níger.....	63
4 Resultados de la evaluación de la intervención en Malí.....	65
4.1 Análisis del diseño de la intervención en Malí.....	65
4.1.1 Coherencia de la intervención en Malí con las políticas de la Cooperación Española.....	65
4.1.2 Pertinencia de la intervención en Malí.....	67
4.1.3 Alineación de la intervención en Malí.....	72
4.1.4 Complementariedad con otros instrumentos.....	73
4.2 Análisis de los procesos de ejecución y de gestión de la intervención en Malí.....	76
4.2.1 Evolución de los recursos humanos en Malí.....	76
4.2.2 Coordinación de la intervención en Malí.....	78
4.2.3 Cobertura de la intervención en Malí.....	82
4.2.4 Participación y apropiación en Malí.....	84
4.2.5 Gestión basada en resultados en Malí.....	88
4.2.6 Eficiencia.....	95
4.3 Resultados de la intervención en Malí.....	101
4.3.1 Eficacia de la intervención en Malí.....	101
4.3.2 Viabilidad de la intervención en Malí.....	113

5	Resultados de la evaluación de las acciones en España	115
5.1	Análisis del diseño de la intervención en España	115
5.2	Análisis de los procesos de ejecución y de gestión de la intervención en España ..	117
5.3	Análisis de los resultados de la intervención en España	119
6	Conclusiones y recomendaciones	122
6.1	Conclusiones y recomendaciones de la evaluación en Níger	122
6.2	Conclusiones y recomendaciones de la evaluación en Malí	127
6.3	Conclusiones y recomendaciones de la evaluación en España	130

Lista de anexos

Anexo 1.1	Ficha Resumen CAD
Anexo 1.2	Lista del material bibliográfico
Anexo 1.3	Calendario de fases de terreno
Anexo 1.4	Fichas sintéticas de áreas sanitarias en Níger
Anexo 1.5	Ficha sintética de las principales acciones realizadas por MPDL en Malí
Anexo 2.1	TDR Evaluación Intermedia
Anexo 2.2	Oferta seleccionada para realizar la evaluación intermedia
Anexo 3	Documentación relativa a la intervención evaluada
Anexo 4	Documentación relativa a las cofinanciaciones del Convenio
Anexo 5	Cuestionarios y guías de entrevista elaborados para el trabajo de campo en Malí y Níger
Anexo 6	Transcripción de las reuniones realizadas en Malí y Níger
Anexo 7	Material bibliográfico en relación al contexto de la evaluación
Anexo 8	Material fotográfico de la evaluación

Acrónimos

AACID	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo
ACH	Acción contra el Hambre
ACTN	Association des Chefs Traditionnels du Niger
AFLN	Association de Formateurs en Langue Nationale
APD	Ayuda Para el Desarrollo
AS	Agente de Salud
ASC	Agente de Salud Comunitario
CAFO	Coordination des Associations et Organisations Féminines du Mali
CAP	Conocimientos, Actitudes, Prácticas
CE	Comisión Europea
CG	Comités de Gestión (en Malí)
COGES	Comités de Gestión (en Níger)
COSAN	Comités de Salud
CPN	Consulta Prenatal
CPON	Consulta Postnatal
CRCSP	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CS	Casa de salud (o dispensario)
CSI	Centros de salud integrados
ECD	Equipe Cadre du District (Equipo Directivo del Distrito)
DRSP	Dirección Regional de Salud Pública
DS	Distrito Sanitario
FC	Fondo Común
GRN	Gestión de Recursos Naturales
HD	Hospital de Distrito
OCB	Organización Comunitaria de Base
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OIREN	Organisations Internationales Représentées au Níger
OTC	Oficina Técnica de Cooperación
MSP	Ministerio de Salud Pública
PAA	Plan de Acción Anual
PAC	Planificación anual del Convenio
PAE	Plan de Actuación Especial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (en español: Cuidado integrado de las enfermedades del niño)
PDCE	Plan Director de la Cooperación Española
PDSEC	Plan de Desarrollo Social, Económico y Cultural
PDS	Plan de Desarrollo Sanitario
PF	Planificación Familiar
PSA	Plan de Seguridad Alimentaria
RISE	Responsable de Seguimiento y Evaluación
RP	Responsable de Proyectos
SNIS	Sistema Nacional de Información Sanitaria
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (en español: Cuidados obstétricos y neonatales de emergencia)
UT	Unidad de Transformación

Resumen

Antecedentes y metodología

La evaluación intermedia del Convenio AECID-MPDL 10-CO1-016 “Desarrollo Rural y Salud primaria y reproductiva en Malí y Níger” se desarrolló del 24 de junio al 24 de diciembre de 2014. Permitió evaluar las acciones realizadas durante el Convenio, analizar los resultados obtenidos y proponer recomendaciones para facilitar la realización del final del Convenio y de próximos Convenios. Los objetivos de la evaluación son los siguientes:

1. Evaluar la pertinencia del Convenio, teniendo en cuenta el contexto de su formulación.
2. Medir el nivel de realización de los resultados y objetivos específicos en términos de cantidad y de calidad.
3. Estimar la previsión de alcanzar los efectos previstos sobre la base de los resultados ya obtenidos y resaltar los efectos no deseados directos e indirectos.
4. Evaluar la viabilidad de las acciones del Convenio y la apropiación por parte del colectivo titular de derechos.
5. Evaluar la capacidad de gestión de MPDL y de los socios locales, así como la idoneidad de los procesos implementados con los socios y los beneficiarios de las acciones.
6. Proporcionar recomendaciones pertinentes sobre la base de los aprendizajes logrados a partir de las áreas estudiadas

Este Convenio presenta una particularidad: los sectores de intervención son totalmente distintos en cada país. En Malí, MPDL trabaja en el sector del desarrollo rural y la soberanía alimentaria; en Níger, en el ámbito de la salud primaria y reproductiva. Esta particularidad permitió organizar de manera independiente la evaluación de las intervenciones en Níger y en Malí.

Del 24 de junio al 23 de septiembre de 2014, los consultores evaluaron la intervención en Níger. Realizaron un análisis bibliográfico de la información disponible sobre la intervención (fuentes de verificación, documentos de planificación y gestión, procedimientos de compras, cofinanciación, etc.). Completaron esta fase por un análisis de las políticas públicas de Níger y las estrategias de la Cooperación Española. Luego realizaron dos misiones de terreno del 7 al 14 de julio y del 1 al 8 de agosto de 2014. Durante el trabajo de campo, visitaron CSI, CS y pueblos sin estructura sanitaria de 6 de las 8 áreas sanitarias intervenidas. Tuvieron la oportunidad de entrevistarse con el equipo de terreno de MPDL, la OTC, los socios y los beneficiarios de las distintas actividades (agentes de salud, matronas rurales, comités de gestión, clientas, esposos de las clientas, líderes religiosos, líderes tradicionales y alcaldes). Una restitución tuvo lugar en Tahoua con el equipo MPDL y los socios y otra se hizo en Madrid con las Responsables País y la Responsable Evaluación MPDL.

Del 24 de septiembre al 24 de diciembre de 2014, los consultores realizaron la evaluación de las acciones en Malí y en España. Para la evaluación de las acciones en España, realizaron un análisis de la documentación disponible y una entrevista al responsable del Departamento de Comunicación de MPDL. Para la evaluación de la intervención en Malí, el proceso fue similar al seguido en Níger: llevaron a cabo un análisis bibliográfico de los datos del proyecto y las políticas malienses luego hicieron una misión de terreno del 20 de octubre al 5 de noviembre. Durante la misión de terreno, los consultores se entrevistaron con la OTC, el equipo MPDL de terreno y los socios. Realizaron también visitas en doce pueblos intervenidos y se entrevistaron con las autoridades locales (ayuntamientos y jefes tradicionales) y los CG de las distintas actividades apoyadas por MPDL con el Convenio. Una restitución tuvo lugar a Kita con el equipo MPDL y los socios y otra se hizo en Madrid con las Responsables País y el Responsable del departamento de comunicación de MPDL.

Principales conclusiones y recomendaciones en Níger

En cuanto al diseño de la intervención en Níger, las acciones del Convenio son coherentes con las prioridades sectoriales y geográficas de la Cooperación Española. Algunas actividades financiadas por el Fondo Común (que representa 40% de las acciones de la OTC en Níger) son complementarias de las acciones del Convenio. Las acciones se alinean también con las prioridades del Ministerio de Salud en Níger a nivel nacional y con

las prioridades de los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni. Esta alineación permite garantizar la coordinación entre los distintos socios en terreno y asegurar la complementariedad entre las intervenciones de cada uno.

La definición de las necesidades fue participativa y detallada pero los actores comunitarios (los jefes de pueblos y los COGES) no participan en la formulación anual de las actividades. La microplanificación es el mecanismo establecido por el Ministerio de Salud para hacerle llegar las necesidades de la población. Pero los COGES no elaboran siempre los microplanes por su propia iniciativa y, si MPDL quería financiar este proceso, sería muy costoso siguiendo la metodología promovida actualmente por los DS.

Se tuvo en cuenta a las mujeres en la definición de las necesidades. Sin embargo las causas de los bloqueos en el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios y en su participación en los COGES no se identificaron claramente, y MPDL no definió estrategias para favorecer la participación de las mujeres en los órganos comunitarios.

Para mejorar el diseño del Convenio en Níger, se podrían trabajar los siguientes aspectos:

1. Identificar y entender los sistemas tradicionales de gobernanza de la zona de intervención para saber la posición de los jefes tradicionales antes de definir mecanismos de participación.
2. Identificar y entender la gobernanza de los órganos comunitarios, determinando qué tipos de campesinos participan a los COGES y cuáles son sus motivaciones, y analizando las razones de la no participación de las mujeres en los COGES.
3. Reforzar el enfoque de género en la fase de identificación y formulación de las actividades e incorporar actividades y metodologías, que contribuyan a levantar los puntos de bloqueo en la participación de la mujer en los sistemas sanitarios
4. Desarrollar mecanismos participativos para la formulación anual del Convenio que permitan incluir los ayuntamientos, los jefes tradicionales y los COGES en el proceso de planificación, sin multiplicar los costes de reuniones.
5. Definir las responsabilidades de cada uno en el mantenimiento de los equipamientos, presentando una estimación de los costes adicionales que las nuevas infraestructuras generarán y las responsabilidades que cada uno deberá asumir, refiriéndose a los roles previstos en los decretos del Gobierno de Níger.

En cuanto a los procesos de gestión en Níger, MPDL se enfrentó a factores externos que retrasaron las actividades: el proceso de exención tributaria retrasó las construcciones y MPDL debió adaptarse a un contexto de inseguridad, reclutando sólo personal de origen subsahariana en Níger. MPDL supo adaptarse a estas dificultades, consiguió recuperar el retraso y mantuvo un ritmo de implementación de las acciones que le permitirá respetar los presupuestos y los tiempos inicialmente planificados.

Sin embargo el DS de Konni tiene dificultades para seguir las exigencias de justificación de los fondos y de seguimiento de los indicadores, y la coordinación con este DS sigue siendo caótica. MPDL no llega a establecer reuniones mensuales que habrían podido formar parte de las negociaciones iniciales del Convenio y tenerse en cuenta en el acuerdo de colaboración. Sería también interesante incorporar a los jefes de pueblo al Convenio pero para eso se necesita un análisis de la distribución de las responsabilidades tradicionales y de los mecanismos de toma de decisiones en los pueblos de la zona de intervención.

Los mecanismos de seguimiento del Convenio fueron insuficientes. MPDL está formalizando la coordinación interna del Convenio pero se necesita todavía revisar los mecanismos de rendición de cuentas y de archivado; sobre todo porque la rotación del personal es importante. Hasta la PAC 5, MPDL se apoyó casi exclusivamente en las estadísticas de los DS que tienen baja fiabilidad y que son difíciles de obtener.

El sistema de indicadores de seguimiento que el RISE está actualmente elaborando para seguir el Convenio podría incluir indicadores de seguimiento de los procesos y de la gestión del Convenio (además de los indicadores actuales de impacto), como, por ejemplo, la justificación de los fondos por los DS o la participación de MPDL en los espacios de coordinación del DS.

Para mejorar los procesos de gestión del Convenio en Níger, se podrían trabajar los siguientes aspectos:

1. Reforzar al equipo de terreno en género, previendo la incorporación de una persona experta en género que tendría la doble tarea de gestionar los aspectos de género del Convenio y formar en continuo el equipo de terreno.
2. Reforzar las capacidades de los animadores en recogida de datos cualitativos y cuantitativos para mejorar el seguimiento de las actividades del Convenio.
3. Sistematizar la supervisión de los animadores y agentes de salud formados por la Coordinadora salud que es la persona experta en salud del equipo de terreno
4. Mantener a un equipo directivo con fuertes capacidades para negociar con los DS y así asegurar un ritmo de ejecución de las actividades en adecuación con la planificación
5. Consolidar las fuentes de verificación del sistema de seguimiento, sin basarse principalmente en los datos de los DS porque esta información no es siempre fiable.
6. Formalizar el apoyo de MPDL a los DS en el tratamiento de los informes SNIS como una actividad de refuerzo del sistema de seguimiento del DS y del Convenio.
7. Introducir indicadores de seguimiento de los procesos de gestión del Convenio para medir el nivel de apropiación de los socios locales y evaluar el volumen de financiación que éstos pueden gestionar.
8. Utilizar el acuerdo de colaboración para definir las responsabilidades de cada uno en el sistema de seguimiento y para definir los usos de dietas, pagando dietas alineadas sobre las de la zona de intervención.

En cuanto a los resultados en Níger, la mayoría de las actividades previstas en el Convenio fueron realizadas o deberían serlo durante la PAC 5.

La gran mayoría de las formaciones y sensibilizaciones ya se llevaron a cabo: se formó al personal sanitario de los CSI y de las CS. La población fue sensibilizada salud sexual y reproductiva y retuvo bien los mensajes. Las matronas desempeñan un papel esencial en la difusión de estos mensajes. Por su parte, las escuelas de maridos no eran metodologías previstas al principio del Convenio pero tienen un fuerte impacto en la tasa de utilización de la PF.

La gestión comunitaria se consolidó también: se formaron y acompañaron los Comités de Gestión (COGES) y los Comités de Salud (COSAN) a lo largo del Convenio. Sin embargo pocas mujeres participan en estas estructuras, los microplanes no están siempre elaborados y algunos COGES disminuyeron su implicación en las sensibilizaciones desde la creación de las escuelas de maridos.

Las actividades de lucha contra las epidemias tuvieron resultados en la mejora de la gestión de las epidemias. Se construyó y se utiliza el hangar y el plan de contingencia existe pero el COGEPI necesita todavía apoyos externos para reunirse.

Todas las infraestructuras y los equipamientos previstos se entregaron a los centros de salud. Son pertinentes y de buena calidad, pero problemas de mantenimiento aparecen.

Los DS reciben pocos recursos del Ministerio de Salud y se apoyan mucho en los distintos financiadores para costear su estrategia, lo que puede dificultar la viabilidad de las actividades.

Principales conclusiones y recomendaciones a Malí

En cuanto al diseño de la intervención en Malí, las acciones se alinean con las prioridades del Gobierno Maliense a nivel nacional y con las prioridades de los municipios a nivel local. Son también coherentes con las prioridades sectoriales y geográficas de la Cooperación Española.

La zona de intervención se divide en 2 zonas distintas que tienen condiciones de acceso y necesidades relativamente diferentes, pero ambas son pertinentes. En particular, la zona del Kaarta es una zona muy aislada con importantes problemas de disponibilidad alimentaria y sin apoyo de ONG. Su aislamiento dificultó el trabajo del equipo de proyecto y MPDL debió desarrollar mecanismos para solucionar los problemas de accesibilidad de la zona, trabajando la coordinación entre los animadores y los responsables de las acciones.

El proceso de identificación inicial permitió determinar las necesidades de los actores implicados en el Convenio, y en particular las necesidades de las mujeres. Las actividades

son respuestas adecuadas a las necesidades definidas. Se formularon con la participación de la población y de las autoridades locales.

Durante la ejecución del Convenio, MPDL utilizó las formulaciones anuales para concretar los resultados OE1R4 de GRN y OE1R5 de Nutrición que no se habían detallado durante la formulación inicial porque el abordaje de estos resultados se iniciaría en medio de Convenio. Las actividades de GRN se centraron en gran parte en los conflictos entre ganaderos y agricultores que son esenciales en la gestión de los sistemas agrarios de la zona. De la misma manera, el componente de nutrición se modificó para integrar estrategias de recuperación nutricional y de acceso al agua potable y fomentar una alimentación de calidad a través de las demostraciones culinarias. Estas actividades mantuvieron su coherencia con la planificación inicial y permitieron responder mejor a las necesidades de la población.

MPDL obtuvo también un gran número de financiaciones que completan las acciones del Convenio en Malí, principalmente en seguridad alimentaria y nutricional. Es importante destacar el trabajo de reformulación realizado por MPDL con el proyecto de la Comisión Europea para contribuir a la reducción de la práctica de las mutilaciones genitales femeninas en los Municipios de Séfétó Oeste, Séfétó Este, Dindanko y Kourounikoto. En febrero de 2012, MPDL elige presentar una reformulación del proyecto a la CE y pedir al AECID una modificación sustancial del Convenio. El paradigma del proyecto CE se modifica pasando de un enfoque “riesgo sanitario” a un enfoque “derechos humanos”: el proyecto CE se inserta entonces en el resultado OE3R3 del Convenio de sensibilización sobre los derechos de las mujeres. Esta reformulación permitió encontrar sinergias entre el Convenio y el proyecto CE y evitar duplicar los esfuerzos en terreno. MPDL eligió unificar sus acciones alrededor del Convenio para disminuir la dispersión programática y aumentar su eficiencia en Malí.

Sin embargo la elección de los socios fue compleja ya que es difícil encontrar socios sólidos de la sociedad civil en Malí. Desde la fase de identificación, MPDL eligió la CAFO de Kita como socia pero identificó también debilidades en esta organización: la CAFO iba a ser socia y beneficiaria del Convenio. La construcción de la sede se planea a partir de la PAC 1 para volver más operativa la CAFO y darle ingresos para autofinanciarse. Este beneficio llega muy pronto sin que la CAFO tenga primero que implicarse en la ejecución del Convenio. MPDL realiza también numerosas actividades para reforzar la gobernanza de la CAFO (formaciones, sensibilización, acompañamiento continuo), pero la CAFO casi no participó en la planificación y la realización del Convenio. Hoy en día trabaja con nuevos socios con quienes organiza formaciones en su sede, pero sigue teniendo capacidades bajas y no conoce suficientemente a las asociaciones femeninas que participaron al Convenio en el Kaarta; sólo en la PAC 5 la CAFO de Kita se ha desplazado al Kaarta con tal fin. Tiene también problemas de gobernanza y una insuficiente transparencia en la gestión de sus fondos, lo que no le permite desempeñar un verdadero papel de socio en un Convenio.

En cuanto a los procesos de gestión en Malí, MPDL se enfrentó a una serie de dificultades externas durante el Convenio: desembolso tardío del proyecto AACID 2011, golpe de Estado de 2012, inseguridad creciente, crisis alimentarias. MPDL supo adaptarse a estas dificultades ya que consiguió montar un equipo de dirección sólido y reactivo.

En un contexto de trabajo difícil, MPDL consiguió recuperar el retraso, manteniendo al mismo tiempo la rendición de cuentas pedida por el Convenio. Conservó un ritmo de implementación de las acciones que le permitirá respetar los presupuestos y los tiempos inicialmente planificados. Su equipo de dirección desarrolló procedimientos de compra que garantizaron costes y tiempo en adecuación con las actividades y los resultados fijados: se simplificaron los procedimientos pero se mantuvieron normas estrictas de calidad y de transparencia. Los mecanismos de gestión de los presupuestos por los socios son convenientes.

Aunque las zonas de intervención estén aisladas, MPDL consiguió establecer una buena coordinación dentro de su equipo y con los socios. Las autoridades locales, los servicios del Estado, los beneficiarios, AFLN y Sini Sanumam mostraron un nivel de apropiación del Convenio de acuerdo a su nivel de responsabilidad. Sin embargo MPDL encontró dificultades en terreno porque acciones de emergencia vienen a veces trastornar las estrategias de desarrollo. No es un problema propio de MPDL, sino una dificultad generalmente encontrada en los contextos que se declaran de emergencia cuando acciones

de desarrollo están en curso. Para atenuar este problema, la principal estrategia es participar en los órganos nacionales de coordinación de las ONG, lo que MPDL ya hace. La OTC organiza también reuniones de coordinación que podrían ser un espacio pertinente para garantizar una mejor coordinación de los actores de desarrollo y de emergencia de la Cooperación Española.

En cuanto al sistema de seguimiento, la mayoría de los resultados del marco lógico cuentan con indicadores de resultados que permiten evaluar los efectos del Convenio pero las fuentes de verificación son numerosas y costosas en mano de obra, ya que MPDL debe producir todos los datos de seguimiento del Convenio. Los CG y los animadores MPDL dedican una gran parte de su tiempo al seguimiento. Ciertamente la transparencia en la gestión de los fondos y el seguimiento de los efectos son esenciales, pero es también importante simplificar algunos indicadores adaptándose al contexto de la intervención, en el cual no existe ningún sistema de seguimiento en el cual basarse.

Finalmente MPDL desarrolló durante el Convenio estrategias de inclusión de los más vulnerables. Al principio del Convenio, MPDL favoreció el criterio de pertenencia a una asociación como criterio de selección de los beneficiarios. Luego MPDL desarrolló estrategias para incorporar a toda la población al Convenio. Finalmente las actividades ejecutadas al final del Convenio cuentan con una orientación específica hacia los más vulnerables: MPDL definió criterios para guiar la selección de los beneficiarios y los pueblos participaron en esta selección.

En cuanto a los resultados en Malí, los resultados eran ambiciosos. Pero MPDL consiguió tener efectos superiores a lo que estaba previsto y la mayoría de los beneficiarios desarrollaron las capacidades suficientes para mantener los beneficios obtenidos. La ONG construyó la presa de Séféto y apoyó 19 fondos rotatorios, 9 bancos de cereales, 4 bancos de semillas, 22 huertos y 2 unidades de transformación agrícola. Estas distintas estructuras funcionan y permiten mejorar la producción y el consumo de productos agrícolas y hortícolas en la zona. Las OCB mejoraron su funcionamiento y fueron fortalecidas a través de formaciones y de la alfabetización: se admitieron 1071 personas al examen final de alfabetización inicial, 220 personas terminaron la fase de consolidación y 138 superaron el examen de post-alfabetización. Los Comités utilizan las herramientas de gestión necesarias para la realización eficiente de sus actividades y son capaces de cumplir su trabajo de manera autónoma.

Las actividades de ganadería y de GRN se retrasaron: estaban financiadas por la subvención AACID 2011 que estuvo disponible en PAC 4 y la mayoría de los resultados se esperaban para la PAC 5. Algunos efectos son igualmente ya visibles: los pozos pastorales funcionan y los Comités GRN son autosuficientes y esenciales en la gestión de los conflictos campesinos. Sin embargo los bancos de alimento de ganado, las unidades de engorde ovino y los gallineros mejorados son nuevas actividades financiadas por el proyecto AACID 2011: necesitan todavía un seguimiento durante la campaña 2015. Este seguimiento se hará en el marco de la acción 5 del nuevo Convenio de MPDL que se refiere a la consolidación de los comités de gestión y de seguimiento-evaluación de cada pueblo. Asimismo las 2 unidades de transformación agrícola ya tienen beneficios pero necesitan todavía un seguimiento.

De manera general, MPDL consiguió obtener resultados importantes y sería pertinente capitalizar la experiencia y comunicar sobre ella. Cuatro resultados parecen especialmente interesantes:

- Los huertos y su uso en la mejora de la alimentación de las familias
- La presa de Séféto como infraestructura innovadora en la zona de intervención y su rol en la disponibilidad local de cereales
- Los Comités GRN y sus consecuencias en la gestión de los conflictos entre agricultores y ganaderos
- Los pozos pastorales y sus beneficios para los ganaderos nómadas, que son un colectivo difícil de trabajar en los proyectos de desarrollo.

Principales conclusiones y recomendaciones de la acción de sensibilización en España

En cuanto al diseño, la acción 6 de sensibilización y difusión de los temas del Convenio es una acción coherente con las prioridades de MPDL y las prioridades de la Cooperación

Española favoreciendo la sensibilización, la formación sobre el desarrollo, la investigación sobre el desarrollo y la movilización social.

Al analizar la acción 6 como una acción de sensibilización aislada e independiente, puede parecer de escasa repercusión y tener pocos recursos financieros con un presupuesto inicial de 71.800€. Sin embargo MPDL definió una estrategia de sensibilización, comunicación y educación para el desarrollo que tiene en cuenta las acciones de sensibilizaciones de 3 otros Convenios de desarrollo y de un Convenio de educación para el desarrollo lo que permite encontrar complementariedades y sinergias entre las distintas acciones y optimizar los recursos financieros del Convenio.

En cuanto a los procesos, el marco lógico propone indicadores y fuentes de verificación que permiten un seguimiento adecuado de la acción 6. Las Responsables País hicieron el vínculo entre el departamento de comunicación MPDL y los equipos de terreno, garantizando una aportación de datos prácticos para comunicar y lanzar mensajes. Sin embargo la preparación de la información de comunicación pide mucho tiempo y los equipos de terreno debieron finalmente priorizar la realización de las acciones de desarrollo que representan 72% de los costes totales del Convenio (a comparar a los 1,4% que representa la acción 6). El departamento de comunicación no consiguió hacer el vínculo entre el Convenio Níger/Malí y el Convenio de educación.

Los resultados son desiguales: la mayoría de las actividades se llevaron a cabo correctamente encontrando sinergias con los otros Convenios pero algunas actividades claves para poder comunicar sobre el Convenio no se realizaron: es el caso principalmente del argumentario y del material pedagógico. MPDL debería priorizar estas actividades que permitirán definir un discurso institucional coherente e unificado.

Finalmente es interesante destacar el hecho de que las actividades de sensibilización realizadas en este Convenio forman parte de la estrategia de sensibilización de MPDL y se incorporaron a los canales de comunicación que MPDL ya había creado antes del Convenio. Es el caso del ciclo de cine y de los seminarios: eso permite garantizar una continuidad de la estrategia de MPDL y favorecer la viabilidad de las acciones.

1 Introducción

1.1 Antecedentes y objetivo de la evaluación

La intervención evaluada es el Convenio AECID-MPDL 10-CO1-016 “Desarrollo Rural y Salud primaria y reproductiva en Malí y Níger”. Tiene por objetivo principal mejorar el acceso a los derechos básicos de la alimentación y la salud. Esta evaluación se efectúa de acuerdo con la reglamentación establecida en la Resolución del 24 de marzo de 2009 (B.O.E número. 93), del AECID sobre las normas de seguimiento y justificación de proyectos y Convenios de ONG. Los objetivos de la evaluación son los siguientes:

1. Evaluar la pertinencia del Convenio, teniendo en cuenta el contexto de su formulación.
2. Medir el nivel de logro de los resultados y objetivos específicos en términos de cantidad como de calidad.
3. Estimar la previsión de alcanzar los efectos previstos sobre la base de los resultados ya obtenidos y resaltar los efectos no deseados directos e indirectos.
4. Evaluar la viabilidad de las acciones del Convenio y la apropiación por parte del colectivo titular de derechos.
5. Evaluar la capacidad de gestión de MPDL y de los socios locales, así como la idoneidad de los procesos implementados con los socios y los beneficiarios de las acciones.
6. Proporcionar recomendaciones pertinentes sobre la base de los aprendizajes logrados a partir de las áreas estudiadas .

La dimensión geográfica de la evaluación es la zona de intervención del Convenio. En Níger, se trata de 8 áreas sanitarias de los departamentos de Tahoua y Konni, entre las cuales se seleccionaron 6 como muestra de la evaluación. En Malí, se trata de 17 pueblos de 7 municipios del Círculo de Kita. Se seleccionaron 11 pueblos como muestra representativa para la evaluación. La dimensión temporal engloba la PAC 1, la PAC 2, la PAC 3, la PAC 4 y la parte realizada de la PAC 5 en el momento del inicio de la evaluación.

Finalmente la dimensión sectorial de este Convenio es particular porque cada zona geográfica prioriza sectores de intervención distintos. En Malí el principal sector de intervención es la promoción del derecho a la alimentación. En Níger, el principal sector de intervención es el derecho a la salud.

La evaluación debía realizarse en medio del Convenio pero, la inseguridad en el Sahel obligó MPDL a retrasar el trabajo. La evaluación intermedia inició finalmente menos de un año antes del final del Convenio. Tiene igualmente sentido realizarla porque se ha llevado a cabo en paralelo con las fases de identificación de los nuevos Convenios de MPDL en Malí y Níger. Permite evaluar las acciones realizadas, analizar los resultados obtenidos y proponer recomendaciones para facilitar la realización del final del Convenio y de los próximos Convenios. En este contexto, una serie de principios guiaron el trabajo realizado:

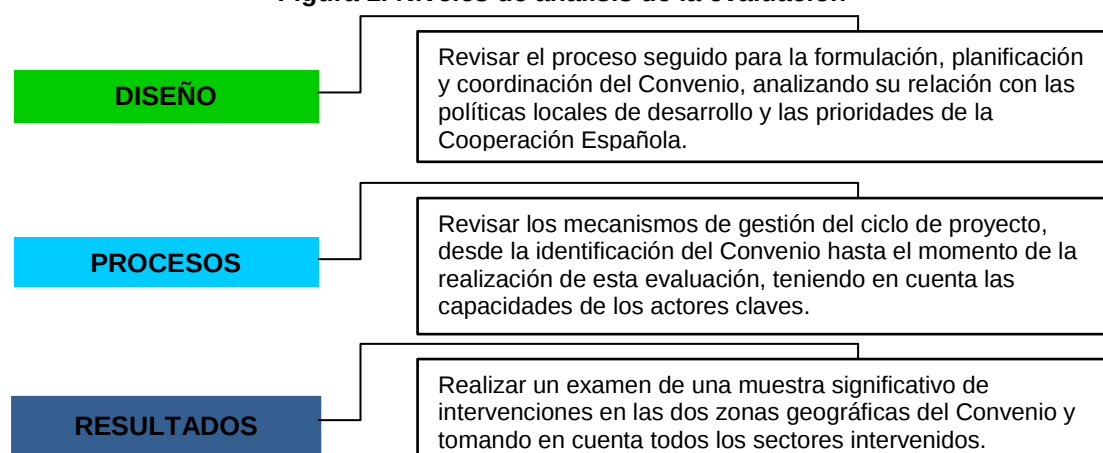
1. Esta evaluación fue participativa: se trata de un proceso de diálogo y construcción. Los protagonistas del Convenio participaron activamente en este estudio y aportaron su visión. Para eso se han desarrollado metodologías para cada grupo de actores garantizando una escucha adecuada de las necesidades de las mujeres y de los grupos más marginales. Eso debería permitir utilizar los resultados del estudio como un instrumento para la planificación de las actividades futuras del Convenio.
2. La evaluación de los procesos de gestión de la intervención fue un elemento central. Las evaluaciones se concentran generalmente en los resultados obtenidos y sobre la pertinencia de la intervención. Sin embargo los Convenios son instrumentos complejos que piden una coordinación muy sofisticada. Es por eso que fue esencial estudiar los aspectos relativos a la organización, la gestión y el seguimiento de los recursos humanos y financieros.
3. La metodología utilizó una serie de instrumentos que permitieron garantizar una triangulación de las fuentes de información y proponer una evaluación sólida y objetiva. La evaluación pretendió así proponer a los actores del Convenio datos pertinentes para

poder tomar las decisiones necesarias para la realización de futuras actividades en las zonas de intervención.

1.2 Preguntas principales y criterios de evaluación

La evaluación tiene en cuenta tres niveles de análisis del proyecto: (1) el diseño de la intervención, (2) los procesos y la implementación, (3) los resultados.

Figura 1. Niveles de análisis de la evaluación



Los criterios que han guiado el proceso de evaluación incorporaron los distintos niveles de análisis para cubrir todo el ciclo del proyecto. A continuación se presentan los criterios y preguntas de evaluación.

Tabla 1. Criterios y preguntas de evaluación

FORMULACION, PLANIFICACION Y CONCERTACION DE LA INTERVENCION
Coherencia con las políticas de la Cooperación Española ¿Los sectores y las zonas de intervención son prioridades para el III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012 ? ¿Lo son todavía para el IV PDCE 2013-2016 ? ¿Las intervenciones son coherentes con el marco estratégico del AECID a nivel país ? ¿Las intervenciones son coherentes con las prioridades horizontales de género, medio ambiente y derechos humanos de la Cooperación Española ?
Pertinencia ¿En que medida el proceso de identificación inicial ha permitido determinar las necesidades de los actores implicados en las acciones ? ¿ Como los beneficiarios, y en particular las beneficiarias, han participado a esta fase? ¿En que medida las acciones son una respuesta adecuada a la situación de partida ? ¿Las alternativas elegidas están apropiadas? ¿Los objetivos de las acciones siguen de actualidad ? ¿En que medida la formulación anual de las PAC ha permitido actualizar la formulación inicial del Convenio para que las acciones sigan en adecuación con las necesidades de la población ? ¿Cuál fue la participación de las mujeres en la planificación anual de las actividades, sabiendo que son las principales beneficiarias de las acciones del Convenio ? ¿Con qué criterios se definieron las zonas de intervención ? ¿Siguen siendo zonas pertinentes ?
Alineamiento ¿En qué medida las acciones son coherentes con las estrategias nacionales de Níger y Malí en 2010 ¿ Siguen siendo prioritarias para los Gobiernos de Malí y de Níger ? ¿En qué medida las acciones son coherentes con las políticas y procedimientos de las autoridades locales ? ¿Contribuyen a la implementación de las políticas publicas locales ?
Complementariedad con otros instrumentos ¿En que medida las acciones son complementarias del resto de los programas de MPDL en Níger ? ¿Con el resto de los programas de MPDL, Sini Sanumam, CAFO y AFLN en Malí ? ¿En qué medida las actividades del Convenio complementan el resto de las acciones de la Cooperación Española en Malí y Níger?

¿En qué medida el Convenio complementa intervenciones de otras organizaciones en la zona de intervención?

PROCESOS DE IMPLEMENTACION Y GESTION DE LA INTERVENCION

Coordinación

¿Cómo se realiza la coordinación interna de las acciones ? ¿Cuáles fueron los obstáculos y las soluciones encontradas?

¿Cómo se realiza la coordinación entre MPDL y los socios locales ? ¿Cuáles son los obstáculos encontrados?

¿Cómo se lleva a cabo la coordinación con las OTC de Malí y Níger? ¿Cuáles son los apoyos recibidos por parte de la OTC para facilitar la gestión del Convenio?

¿MPDL trabaja en coordinación con otras organizaciones de la zona de intervención?

Cobertura

¿Los diagnósticos de la fase de identificación permitieron definir criterios de selección de los beneficiarios?

¿La documentación de la formulación inicial presenta estos criterios?

¿Cuáles fueron los criterios de selección de los distintos beneficiarios? ¿Los distintos beneficiarios directos definidos como población meta del Convenio se alcanzan ? ¿Se han respetado los criterios ?

Participación et apropiación

¿Qué ha sido el nivel de apropiación de los socios locales? ¿Son autónomos en las tomas de decisiones?

¿Recibieron una formación sobre las obligaciones relativas a la gestión del Convenio?

¿Qué papel juegan las autoridades locales tradicionales y administrativas en la implementación de las actividades del Convenio? ¿En qué medida se han incluido en la gestión del Convenio?

¿En qué medida los beneficiarios participan en la gestión del Convenio? ¿Cómo se favorece la participación de las mujeres?

Gestión basada en los resultados

¿Los indicadores del marco lógico del Convenio se formularon de manera apropiada? ¿Consideran el enfoque de género pedido por el AECID? ¿Qué adaptación puede ser propuesta?

¿Como se toma en cuenta el enfoque regional pedido por el AECID?

¿Las fuentes de verificación son fiables, convenientes y de coste razonable? ¿Se les definió correctamente? ¿Son utilizadas por MPDL y los socios locales para hacer un seguimiento sistemático de las acciones?

Eficiencia

¿En qué medida se ejecutó el presupuesto del Convenio? ¿El tiempo se respetó de manera global?

¿Cuáles fueron las principales razones del retraso en la implementación de las acciones?

¿En qué medida se ejecutó el presupuesto de las cofinanciaciones del Convenio? ¿Se respetaron los tiempos planificados? ¿Cuáles fueron las principales razones del retraso en la implementación de las acciones?

¿Qué mecanismos MPDL definió para garantizar costes y tiempo en adecuación con las actividades y los resultados fijados?

¿En qué medida los mecanismos de ejecución de los presupuestos por los socios locales están apropiados y coordinados con MPDL? ¿Debieron ser adaptados?

¿En que medida los recursos MPDL en terreno se utilizan de manera óptima en la gestión del proyecto?

¿Qué adaptaciones debieron ser necesarias?

RESULTADOS DE LA INTERVENCION

Eficacia

¿En qué medida los resultados de la fase intermedia ha sido alcanzados? ¿Los resultados han sido alcanzados en le grado esperado al momento de la evaluación?

¿Los objetivos específicos del Convenio se pueden alcanzar?

¿Las hipótesis podrían realizarse? ¿El contexto sufrió cambios que puedan afectar de manera significativa el logro de los objetivos específicos?

Viabilidad

¿Los socios que co-ejecutan el Convenio tienen los recursos para seguir las actividades sin el apoyo del Convenio?

¿Los beneficiarios individuales tendrán las capacidades para mantener los beneficios alcanzados con la intervención?

¿Se han desarrollado las capacidades locales y/o nacionales?

El equipo de evaluación consideró que no era pertinente evaluar el impacto del Convenio en esta evaluación. Éste se prevé a largo plazo y una evaluación intermedia no tiene como objetivo de medirlo pero más bien de considerar si el marco lógico cuenta con un sistema de seguimiento que permite seguir los efectos del Convenio y en particular las prioridades horizontales. Este aspecto se trató en la evaluación del criterio de gestión basada en los resultados y en el análisis de la formulación de las prioridades horizontales.

1.3 Metodología y plan de trabajo

Este Convenio presenta una particularidad: los sectores de intervención son totalmente distintos en cada país. En Malí, MPDL trabaja en el sector del desarrollo rural y la soberanía alimentaria; en Níger, en el ámbito de la salud primaria y reproductiva. Esta particularidad permitió organizar de manera independiente la evaluación de las intervenciones en Níger y en Malí. El plan de trabajo siguió las siguientes etapas:

Reunión de inicio / 24 junio 2014

La consultora principal se reunió con el Comité de seguimiento de la evaluación en Madrid con el fin de presentar la oferta propuesta y ajustar la metodología y el plan de trabajo en función de las sugerencias del Comité. Se ha convenido iniciar la evaluación en Níger, sabiendo que la zona en Malí no era accesible a este período del año (temporada de lluvias).

Análisis bibliográfica y estructuración del plan de trabajo en Níger / 24 junio - 4 julio

MPDL proporcionó las fuentes de verificación disponibles en sede que la consultora principal y el consultor local analizaron. Se realizaron también una serie de reuniones con la Responsable Níger para comentar los antecedentes de la intervención, definir las guías de entrevistas y validar el plan de trabajo. El equipo de proyecto MPDL convocó las reuniones siguiendo la planificación del cronograma definitivo.

Primera fase de campo en Níger / 7 - 27 de julio del 2014

La consultora principal y el consultor local realizaron una primera fase de terreno en Níger del 7 al 14 de julio de 2014 que fue completada por una fase de análisis y redacción. El calendario y la transcripción de las entrevistas se encuentran en anexos. Los consultores se entrevistaron con el Jefe de Misión MPDL y el personal de la OTC de Niamey. Luego fueron a la zona de intervención y se entrevistaron con el equipo de proyecto MPDL, los equipos directivos de los Distritos Sanitarios de Konni y Tahoua y con el representante de la DRSP de Tahoua. Se realizaron visitas en las áreas sanitarias de Eddir, Toro, Konni, Yaya y Gounfara para observar las realizaciones del proyecto a nivel de las casas de salud y de los CSI. Los consultores llevaron también a cabo entrevistas con los distintos protagonistas del Convenio: agentes de salud, COGES, matronas rurales, líderes tradicionales, líderes religiosos y alcalde de Konni. Finalmente realizaron una restitución con el equipo del proyecto MPDL al final de la primera fase de terreno para presentar las primeras conclusiones. Esta misión fue objeto de un informe de seguimiento que se entregó a MPDL el 27 de julio del 2014. MPDL entregó el 30 de julio sus comentarios y los aspectos que consideraba importante profundizar durante la segunda fase de terreno.

Segunda fase de campo en Níger / 1 - 15 de agosto del 2014

El consultor local realizó esta fase de terreno con un seguimiento telefónico diario de la consultora principal. La misión duró del 1 al 8 de agosto y fue completada por un trabajo de análisis de la información recogida. El calendario y la transcripción de las entrevistas realizadas se encuentran en anexos. Durante esta fase, el consultor completó la visita de las áreas sanitarias de Toro, Eddir, Konni y Yaya y llevó a cabo el trabajo de campo en una nueva área sanitaria: la de Bazaga. Realizó también grupos focales con clientas de distintas áreas sanitarias siguiendo la metodología CAP (Conocimientos, Actitudes, Prácticas), para medir el cambio de comportamiento de las beneficiarias finales que podría asignarse al proyecto. Al final de la misión, el consultor presentó las primeras conclusiones del estudio delante del equipo MPDL, de la DRSP y de los DS de Konni y Tahoua. Había previamente trabajado las conclusiones con la consultora principal. La restitución permitió discutir de pistas de recomendaciones y tener en cuenta la opinión de los socios locales. El consultor

local envió a la consultora principal la transcripción de la totalidad de las reuniones y las fotografías tomadas durante las visitas de terreno. Presentó también sus comentarios y recomendaciones sobre el proyecto.

Elaboración y presentación del informe sobre la intervención en Níger / 1 - 23 de septiembre

A partir de la información recogida durante las fases anteriores, la consultora redactó el informe sobre la intervención en Níger siguiendo los criterios y las preguntas de evaluación definidas para la evaluación del Convenio. Se entregó el informe a la Responsable Níger el 16 de septiembre de 2014 y se presentó este mismo día a la Responsable Níger, la Responsable Malí y la Responsable Evaluación MPDL. Esta presentación permitió discutir de los resultados obtenidos y de las recomendaciones previstas. A raíz de esta presentación, la consultora completó el informe y entregó el 23 de septiembre las recomendaciones de la evaluación a la Responsable Níger.

Evaluación de la acción 6 de comunicación en España / 17 – 30 de sept.

La consultora se reunió con el Responsable del departamento de comunicación de MPDL en septiembre 2014 para conocer los resultados obtenidos y las dificultades encontradas con las acciones de comunicación del Convenio. La consultora recibió también las fuentes de verificación de la acción 6 que completaron su análisis. A partir de esta información, redactó el informe que se presentó el 2 de diciembre al mismo tiempo que los resultados de la intervención en Malí.

Análisis bibliográfico y estructuración del plan de trabajo de Malí / 1 – 10 de octubre

La consultora principal empezó la evaluación de la intervención en Malí de manera similar a la de Níger. La Responsable Malí le proporcionó la información disponible en sede sobre la intervención que la consultora analizó con el consultor local. La consultora realizó también una serie de reuniones e intercambios telefónicos con la Responsable Malí para comentar los antecedentes de la intervención, definir las guías de entrevistas y validar el plan de trabajo. Éste fue condicionado por el problema de accesibilidad, ya que era difícil llegar a los pueblos de la zona norte del Convenio porque las rutas seguían inundadas. Esta es la razón por la cual los consultores y MPDL prefirieron visitar en primer lugar los pueblos de la zona sur que son de más fácil acceso. La zona norte se visitó en segunda fase de terreno.

Sabiendo que muchas fuentes de verificación estaban solo disponibles en terreno, la consultora seleccionó los documentos esenciales a la evaluación para que el equipo de terreno le prepare la información.

Primera fase de campo en Malí / 20 - 26 de octubre del 2014

Los consultores realizaron una primera fase de terreno juntos del 20 al 26 de octubre. El calendario y la transcripción de las conversaciones realizadas se encuentran en anexos.

A su llegada a Bamako, los consultores se entrevistaron con el Jefe de Misión MPDL, el personal de la OTC y los representantes de Sini Sanumam. Luego se fueron a la zona de intervención para reunirse con el equipo de proyecto MPDL y los representantes de AFLN y la CAFO. Luego visitaron los pueblos de Dindanko, Farena, Kourounikoto, Bendougouba, Bendougouni y Kita. En estas visitas los consultores se entrevistaron con las autoridades locales (ayuntamientos y jefes tradicionales) y los comités de gestión de las distintas actividades apoyadas por MPDL con el Convenio. Al final de esta fase de terreno, los consultores realizaron una primera restitución con el equipo MPDL para presentar las primeras conclusiones.

Segunda fase de campo en Malí / 27 de octubre – 13 de noviembre del 2014

Los consultores definieron el plan de trabajo de la segunda fase de terreno con MPDL, con el fin de consolidar la información recogida en primera fase. El consultor local llevó a cabo el trabajo de campo con un seguimiento telefónico diario por parte de la consultora principal y un apoyo logístico del equipo MPDL. La misión propiamente dicha duró del 27 de octubre al 5 de noviembre y fue completada por un trabajo de análisis de la información recogida. El calendario y la transcripción de las conversaciones realizadas se encuentran en anexos.

Durante esta misión, el consultor alcanzó los pueblos más aislados del Convenio: Siramissé, Séféto, Niagané, Néguebougou, Madina, Marané. Como en la primera fase, se entrevistó

con los comités de gestión de las distintas actividades apoyadas por MPDL. También se reunió con un representante del servicio descentralizado de la ganadería en Kita, que había colaborado en las formaciones del Convenio. Al final de la misión, el consultor presentó las primeras conclusiones del estudio delante del equipo MPDL y de los representantes de los socios locales. Las conclusiones se habían trabajado previamente con la consultora principal. El consultor local envió a la consultora principal la transcripción de la totalidad de las entrevistas y las fotografías tomadas durante las visitas de campo. Presentó también sus comentarios y recomendaciones sobre el proyecto.

Elaboración y presentación del informe sobre la intervención de Malí / 10-21 de noviembre

A partir de la información recogida durante las fases previas, la consultora redactó el informe sobre la intervención en Malí que sigue los criterios y las cuestiones definidas para la evaluación del Convenio. Se entregó el informe a MPDL el 2 de diciembre y se presentó el mismo día a la Responsable Mali, le Responsable del departamento comunicación y la Responsable Níger. Esta presentación permitió discutir de los resultados obtenidos y de las recomendaciones previstas.

1.4 Condiciones y limitaciones del estudio realizado

En Níger, las principales limitaciones del estudio han sido :

- Desplazamientos limitados debido a la inseguridad en el Sahel: la consultora debía desplazarse con una escolta y presentar siempre al Prefecto su planificación lo que no permitía flexibilidad en el trabajo.
- El trabajo se realizó durante la temporada de lluvias, lo que condicionó los desplazamientos a zonas accesibles y enlodaduras retrasaron el trabajo.
- El ECD de Konni, que es un socio del Convenio, mostró una baja participación. No puso a disposición del equipo de evaluación a un agente para el trabajo de campo y envió a un médico jefe de CSI para la restitución de la evaluación a Tahoua en vez de hacer participar un miembro del ECD.
- Pocas fuentes de verificación del Convenio estaban disponibles lo que limitó mucho el análisis.
- Hubo un cierto absentismo del personal sanitario, en particular en las casas de salud, lo que no permitió realizar todas las entrevistas planificadas.

En Mali, las principales limitaciones del estudio han sido :

- La consultora tuvo acceso a las fuentes de verificación tarde porque la mayoría de los documentos están solamente disponibles en Malí. El volumen de información era demasiado importante para que el equipo de evaluación pueda analizar toda la información en terreno y MPDL ha tenido que realizar una primera selección de documentos que sumaron igualmente 12 carpetas de documentos.
- La misión se realizó a final de la temporada de lluvias y fue necesario condicionar los desplazamientos a la accesibilidad de los pueblos. Así el trabajo se organizó dejando para la segunda fase, las zonas más susceptibles de seguir inundadas. Al final, los consultores pudieron visitar todos los pueblos que querían, a excepción de Nafadji.

1.5 Presentación del equipo de trabajo

El equipo de trabajo está compuesto por tres consultores: una consultora principal, responsable de la calidad de toda la evaluación ([REDACTED]), un consultor nigeriano apoyando el trabajo de campo en Níger ([REDACTED]) y un consultor maliense que apoya el trabajo de campo en Malí ([REDACTED]).

[REDACTED] es agroeconomista graduada de AgroParisTech, con una experiencia de 10 años en cooperación internacional. Trabajó en formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de programas de desarrollo en América Latina y África. Conoce bien el instrumento "Convenio", puesto que tuvo la oportunidad de implementar un Convenio de Codespa en República Dominicana como socio local (en la ONG IDDI). Conoce también la

zona del Sahel puesto que hizo una misión larga de 6 meses en Malí y realizó 3 misiones de corta duración en la zona de intervención del Convenio en Malí para el AECID y para el AFD.

tiene una licencia en enseñanza y administración de los cuidados que completó por una extensa experiencia de más de 30 años con el sistema sanitario nigeriano. Fue responsable de la Célula Política, Estrategias, Formación e Investigación (Dirección de salud reproductiva) y Jefe de la división Formación (Dirección de la Planificación Familiar). Como consultor independiente trabajó en numerosas ocasiones para el FNUAP. Aporta al equipo de evaluación su gran conocimiento del sistema sanitario de Níger.

es Ingeniero agrónomo. Completó su formación con más de 10 años de experiencia en el ámbito del desarrollo agrícola en Malí. Es actualmente Experto en desarrollo rural para el Consorcio de las ONG AADI, AID-Malí y YA-G-TU en Bandiagara. Realiza también misiones puntuales de consultoría para la Agencia de los Microproyectos. Aporta al equipo su sólido conocimiento del mundo rural maliense y su experiencia en gestión de proyectos de desarrollo en Malí.

2 Descripción de la intervención evaluada

El Convenio AECID-MPDL 10-CO1-016 “Desarrollo rural y salud primaria y reproductiva en Mali y Níger” tiene por objetivo principal mejorar el acceso de las poblaciones destinatarios a los derechos básicos de la alimentación y la salud. La fecha de comienzo del Convenio es el 1 de octubre de 2010 y la fecha prevista de final es el 31 de diciembre de 2014. El presupuesto es de 5.000.000€, del cual el AECID aporta 4.000.000 y 1.000.000 por la ONG, sus socios locales, los beneficiarios u otros financiadores. Este Convenio consta de 5 Programaciones Anuales del Convenio (PAC), que coinciden con los años naturales. MPDL presenta cada año una programación detallada que concreta la realización del marco general del Convenio en actividades, resultados y objetivos anuales.

Como lo mencionamos anteriormente, los sectores de intervención son completamente diferentes en cada uno de los países. En Malí, MPDL trabaja en el sector del desarrollo rural y la soberanía alimentaria; en Níger, en el ámbito de la salud primaria y reproductiva.

En Níger, la intervención se estructura en torno a 2 acciones: una acción dedicada al fortalecimiento de la salud primaria (Acción 4) y una acción de fortalecimiento de la salud reproductiva (Acción 5). En cada una de estas acciones MPDL adopta un enfoque integral a través de la implementación de actividades en 4 ámbitos:

- (i) refuerzo de las infraestructuras y equipamientos (construcción de CSI, maternidades y letrinas, aducciones de agua, sistemas solares, incineradores, equipamientos)
- (ii) formación del personal sanitaria (agentes de salud, matronas rurales)
- (iii) sensibilización de la población a través de múltiples canales: radios, escenas, formaciones, animaciones, talleres
- (iv) consolidación de la gestión comunitaria reforzando los Comités de Gestión (COGES) y los Comités de Salud (COSAN) que son los órganos que representan a la población en el sistema sanitario.

Los socios son los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni, es decir, las instancias del Ministerio de Sanidad Pública encargadas de la gestión del sector sanitario. Las zonas de intervención son 8 áreas sanitarias: 5 áreas sanitarias en el Departamento de Konni (Alléla, Bazaga, Gounfara, Konni et Yaya) y 3 áreas sanitarias en el Departamento de Tahoua (Eddir, Taza et Toro). Los titulares de derechos son los habitantes de estas áreas sanitarias, con las siguientes proporciones:

- Distrito sanitario de Tahoua: Eddir (12.530 habitantes, con 2.669 mujeres en edad de procrear – MEP- y 2.950 menores de 5 años), Taza (12.730 habitantes, con 2.678 MEP y 2.632 menores de 5 años) y Toro (16.637 habitantes, con 3.544 MEP y 3.920 menores de 5 años).
- Distrito sanitario de Konni: Alléla (23.586 habitantes, con 5.006 MEP y 5.019 menores de 5 años), Bazaga (33.969 habitantes, con 7.354 MEP y 7.229 menores de 5 años), Gounfara (36.796 habitantes, con 7.966 MEP y 7.830 menores de 5 años), Konni (116.270 habitantes, con 25.172 MEP y 24.742 menores de 5 años) et Yaya (19.454 habitantes, con 4.212 MEP y 4.140 menores de 5 años).

¿Qué son los COSAN y COGES?

Los comités de gestión de las formaciones sanitarias públicas fueron creados por el decreto N°0071/MSP del 31 de marzo de 1999 sobre los estatutos de los Comités de salud en el sector no hospitalario regulando el sistema de cobro de los costes de los medicamentos esenciales y de las prestaciones de los CSI. Los Comités de salud tienen por misión la promoción de la salud de los individuos, de las familias y las comunidades, la movilización de las comunidades locales para el desarrollo sanitario y la mejora de las prestaciones de los servicios para responder mejor a las necesidades de las poblaciones.

Existe Comités en las CS, los CSI y los DS. Desempeñan el papel de interfaz entre la población y los servicios de salud. Cada Comité de gestión de las formaciones sanitarias públicas está compuesto por dos órganos: la Asamblea general (COSAN) y el Comité de gestión (COGES).

La asamblea general agrupa el conjunto de los miembros del Comité de salud que se eligen en la población. Para las casas de salud, los miembros del COSAN deben ser representantes de los pueblos dependientes de la casa de salud. En realidad se trata generalmente de miembros del pueblo donde se encuentra la casa de salud. Para los CSI, los miembros del COSAN deben ser de los distintos pueblos del área sanitaria. En la práctica son los principales pueblos que envían representantes. El COSAN se reúne dos veces al año en sesión ordinaria.

El COGES es el comité ejecutivo del COSAN. Lo conforman 6 personas elegidas en asamblea general para un período de 3 años. Este Comité se reúne una vez al mes y tiene por principal tarea de garantizar y controlar la gestión de los recursos financieros, materiales y de los medicamentos del centro de salud. Debe participar en la definición de las necesidades de salud y en la elaboración del presupuesto del centro de salud, y debe informar la población de las actividades realizadas.

En Malí, MPDL identificó la necesidad de trabajar en el ámbito del derecho a la alimentación y consideró una intervención a medio plazo en seguridad alimentaria y desarrollo rural. La realización de la intervención en Malí se efectuó a través de tres acciones que se estructuran en torno a tres objetivos específicos:

Acción 1 - OE1. Mejorar la calidad, la cantidad y la estabilidad de los productos alimentarios en el Círculo de Kita, Malí. Esta acción incluye todas las actividades definidas para aumentar la producción primaria en los pueblos de intervención. Concentra la gran mayoría de los fondos del Convenio, porque abarca la casi totalidad de las inversiones. Los resultados de este objetivo se estructuran alrededor de tres sectores: ganadería, agricultura y horticultura.

Acción 2 - OE2. Valorizar la producción local del Círculo de Kita a través de la conservación, la transformación y la comercialización de los productos agrícolas y de la ganadería. Esta acción incluye actividades de transformación y valorización. Su nivel de inversión es menor, porque son actividades viables solamente en zonas muy específicas.

Acción 3 – OE3. Reforzar las capacidades institucionales y de gestión de las organizaciones comunitarias de base con un enfoque acentuado de género. Se trata de los resultados y actividades transversales en cuanto a apoyo asociativo y de género.

Al principio del Convenio, los socios en Malí eran: la Asociación de Formadores en Lenguas Nacionales (AFLN) y la Coordinación de Asociaciones y Organizaciones Femeninas de Kita (CAFO de Kita). Durante el Convenio, MPDL pidió una modificación sustancial al AECID para añadir a Sini Sanumam como socio. Las zonas de intervención son pueblos seleccionados en los municipios de Badia, Bendougouba, Boudofo, Dindanko, Djougoun, Guémoucouraba, Kourounikoto, Séféto Norte et Séféto Oeste. Todos los municipios pertenecen al Círculo de Kita, región de Kayes.

El colectivo titular de derechos directo del Convenio se divide en 2 grupos:

- La CAFO del Círculo de Kita como plataforma de coordinación de las asociaciones de mujeres de la zona.
- Los hombres y las mujeres de las asociaciones de base, que son los beneficiarios de las inversiones, participan en las formaciones transversales y técnicas, en la alfabetización y que reciben un refuerzo material para la práctica de las actividades.

3 Resultados de la evaluación de la intervención en Níger

3.1 Análisis del diseño de la intervención en Níger

3.1.1 Coherencia de la intervención en Níger con las políticas de la Cooperación Española

¿Los sectores y las zonas de intervención de las acciones 4 y 5 son prioridades para el III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012 ? ¿Lo son todavía para el IV PDCE 2013-2016 ?

Las acciones 4 y 5 del Convenio se centran en el sector de la salud (salud primaria y reproductiva) en la región de Tahoua en Níger.

Desde el III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012 (o PDCE 2009-2012), la Cooperación Española considera el sector de la salud como prioritario. Prevé destinar 60% del total de la APD del sector salud para la mejora de los servicios de salud, principalmente de salud primaria. La estrategia de intervención en salud del PDCE 2009-2012 se alinea sobre la estrategia sectorial de salud de 2007 de la Cooperación Española que se construye en torno a los principios y valores siguientes:

- La salud es un derecho humano.
- La salud es tanto una condición necesaria como un objetivo fundamental del proceso de desarrollo.
- La salud es un bien público y, como tal, su gestión tiene un componente importante de responsabilidad pública tanto a nivel nacional que internacional.

Las acciones 4 y 5 del Convenio son coherentes con este enfoque. Tienen como objetivo consolidar los sistemas de salud de los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni a través de la mejora de las infraestructuras y el fortalecimiento de los recursos humanos, en particular de los agentes de salud. Al elegir como socios locales los Distritos Sanitarios, el Convenio contribuye a consolidar la responsabilidad pública del Gobierno de Níger con la salud. El Convenio cuenta también con actividades formativas de la población y de los COGES, favoreciendo el desarrollo de una ciudadanía capaz de participar en la formulación y la orientación de los sistemas de salud. Finalmente MPDL apoya actividades en salud reproductiva, trabajando principalmente con las mujeres y los niños, un grupo vulnerable que no tiene siempre acceso a un sistema de salud de calidad en Níger.

En cuanto a la zona de intervención, las acciones se realizan en Níger. Níger forma parte de los países prioritarios del grupo A del PDCE 2009-2012, que deben concentrar 2/3 de la APD especificado geográficamente.

En el IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016, el sector de la salud es de nuevo prioritario. La estrategia sectorial de 2007 sigue siendo el marco estratégico de intervención de las acciones en salud de la Cooperación Española. Níger sigue siendo un país prioritario para la Cooperación Española formando parte de los 23 países que deben concentrar la APD de 2013 a 2016. Así la coherencia de las acciones 4 y 5 con las políticas de la Cooperación se mantiene con la aplicación del nuevo Plan Director.

¿Las acciones son coherentes con el marco estratégico del AECID a nivel país ?

La OTC de Níger elaboró documentos estratégicos sobre la posición de la Cooperación Española en Níger. Se trata del PAE 2006-2008 y de la primera Comisión Mixta 2008-2010. Estos documentos citan como prioritario el sector de la salud y en particular el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, la mejora de la salud sexual y reproductiva y la disminución de la mortalidad maternal que son los objetivos de las acciones 4 y 5 de este Convenio. A nivel geográfico, el PAE 2006-2008 y la Comisión Mixta 2008-2010 consideran necesario concentrar las acciones de la Cooperación Española en las regiones de Maradi y Tahoua, Tahoua siendo la región donde se encuentran los DS de Tahoua y Konni, zona de intervención del Convenio MPDL.

Actualmente la OTC está elaborando la segunda Comisión Mixta Hispano-Nigeriana y el Marco de Asociación País de Níger 2015-2018. Dos sectores de desarrollo se priorizarán: el desarrollo rural (incluyendo la seguridad alimentaria y la nutrición) y la salud. Tahoua seguirá siendo una zona geográfica prioritaria.

→ Las acciones 4 y 5 del Convenio son todavía prioridades sectoriales y geográficas de la Cooperación Española tanto a nivel central como en terreno.

¿Las acciones 4 y 5 son coherentes con las prioridades horizontales de género, medio ambiente y derechos humanos de la Cooperación Española?

Además de las prioridades sectoriales y geográficas, la Cooperación Española definió prioridades transversales que son elementos fundamentales para obtener los resultados de desarrollo. La consideración de las prioridades horizontales en las acciones de desarrollo pasa por la definición de mecanismos y metodología que favorezcan estas prioridades y por la elaboración de indicadores para medir su logro. Las acciones 4 y 5 pueden relacionarse con 3 temas: la promoción del derecho a la salud, el género y la sostenibilidad ambiental de las acciones.

En cuanto a la promoción del derecho a la salud, los documentos de formulación del Convenio consideran un gran número de actividades de sensibilización destinadas a los habitantes de las áreas sanitarias. Estas actividades tienen como meta informar a las poblaciones sobre su derecho a tener acceso a los sistemas sanitarios y sobre los beneficios resultantes. Distintos métodos están previstos para alcanzar un máximo de personas y evitar marginalizar a los grupos vulnerables (mensajes radio, reuniones de sensibilización con las matronas o los miembros del COGES, inclusión en los sermones de los imanes, sesiones de teatro). Así las acciones se formularon para que la mayor parte de la población de la zona de intervención esté informada de su derecho a la salud.

Se planificaron también, para las PAC 4 y 5, actividades para sensibilizar los ayuntamientos sobre su responsabilidad en la financiación de los sistemas sanitarios.. Según la ley N°2002-12 del 11 de junio de 2002¹, los municipios deben apoyar la gestión de los CSI y de las casas de salud contribuyendo a los gastos vinculados a la salud con 8% de su presupuesto anual. Sin embargo no ocurre a menudo. Es por eso que MPDL definió actividades para informar los alcaldes de los municipios rurales sobre la salud reproductiva. El objetivo consiste en llevarles a apoyar las evacuaciones sanitarias de las mujeres en dificultades de parto hacia los centros de referencia. Estas actividades permiten sensibilizar los alcaldes sobre las responsabilidades y deberes de cada uno para garantizar el derecho a la salud y la viabilidad del sistema sanitario.

El género es también un tema esencial del Convenio en Níger. En la zona de intervención, la encuesta CAP realizada por MDPL durante la identificación del Convenio puso de manifiesto que muchas mujeres deben tener la autorización de su marido para acceder a los servicios sanitarios. Por eso, era esencial incluir a los hombres en las actividades de sensibilización sobre la salud reproductiva. En la formulación inicial, MPDL elaboró actividades para sensibilizar las mujeres y los hombres sobre las ventajas de acudir a los centros de salud para el seguimiento del embarazo y para la planificación familiar. El marco lógico incorpora indicadores que miden por una parte los conocimientos de los hombres y por otra parte los de las mujeres sobre su derecho a la salud. De la PAC 1 a la PAC 4 estaba previsto que hombres y mujeres podían participar a las distintas actividades sin distinción de género, aunque en los hechos, los COGES trabajaban principalmente con los hombres y las matronas rurales con las mujeres. En la PAC 5, MPDL eligió reforzar el enfoque de género de la sensibilización de la población y decidió establecer clubes de escuchas para las mujeres y escuelas de maridos para los hombres.

La formulación del Convenio estableció también un indicador para que al menos 15% de mujeres sean miembros de los COGES. Sin embargo no se presenta un análisis de los obstáculos a la participación de las mujeres en los COGES ni recomendaciones para favorecer esta participación. MPDL formuló pocas actividades que favorezcan la participación de las mujeres en los COGES: en la PAC 4 estaba previsto la elaboración de una estrategia para favorecer la participación de las mujeres en los COGES y en PAC 5 se planificaron talleres de sensibilización sobre el enfoque de género.

La sostenibilidad ambiental no es un tema transversal esencial en la intervención en Níger. El impacto ambiental de las actividades es muy bajo, debido a la naturaleza misma de estas: la mayoría de las actividades son formaciones, sensibilizaciones y adecuaciones de centros de salud. Sin embargo es interesante notar que el Convenio definió acciones para garantizar la sostenibilidad ambiental de la gestión de los CSI. Así el Convenio prevé la construcción de incineradores para el tratamiento de los residuos sanitarios y la formación del personal de

¹ Ley N°2002-12 del 11 de junio de 2002 que determina los principios fundamentales de la libre administración de las regiones, de los departamentos y municipios así como sus competencias y sus recursos.

salud en gestión de los residuos. Los residuos sanitarios son un riesgo sanitario y la consideración de la gestión de estos en la formulación es un punto importante para que los centros de salud no tengan impactos ambientales negativos.

→ Desde la formulación, MPDL definió actividades para favorecer las prioridades horizontales. Durante la implementación, MPDL reforzó la incorporación de estas prioridades y la PAC 5 muestra numerosos elementos que contribuyen a la promoción del derecho a la salud y de género. Sin embargo, la promoción de la mujer en las estructuras comunitarias sigue siendo un aspecto poco tratado en los documentos de planificación del Convenio.

3.1.2 Pertinencia de la intervención en Níger

¿En que medida el proceso de identificación inicial ha permitido determinar las necesidades de los actores implicados en las acciones 4 y 5 ? ¿ Como los beneficiarios, y en particular las beneficiarias, han participado a esta fase?

Las acciones 4 y 5 del Convenio se formularon a partir de un trabajo de identificación de varios meses que se realizó en 12 áreas sanitarias pre-identificadas como posibles zonas de intervención (6 a Tahoua y 6 a Konni). El trabajo contó con el apoyo de expertos en agua y saneamiento, salud, encuesta CAP y energía solar y de 6 investigadores de terreno. Los principales productos de esta fase han sido :

1. La encuesta CAP de la población de seis áreas sanitarias de los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni.

La encuesta CAP incluyó la asistencia en salud primaria y reproductiva, en planificación familiar, IST/VIH/SIDA, nutrición, gestión de las epidemias, lucha contra las enfermedades, agua, higiene y saneamiento. Se interesó también por los aspectos de género y participación comunitaria. La encuesta CAP permitió conocer las necesidades y los comportamientos de la población de los pueblos con CSI, de los pueblos con CS y de los pueblos sin estructura sanitaria. Se entrevistaron a 300 mujeres en edad de procrear y 210 esposos. Se realizaron también grupos focales de jóvenes y adolescentes y entrevistas con personas claves (líderes y Comités).

2. El estudio sobre el suministro de electricidad por paneles solares en 12 CSI de los departamentos de Tahoua y Konni.

Este estudio se concentró en las necesidades de 12 CSI pre-identificados como pudiendo formar parte del Convenio. Determinó las necesidades de los CSI, presentó propuestas de mejora y evaluó los costes de las infraestructuras necesarias.

3. El estudio sobre la identificación de las necesidades en cuanto a agua, saneamiento e higiene en 12 pueblos de los Distritos Sanitarios de Konni y Tahoua.

Este estudio se concentró en los pueblos de los 12 CSI pre-identificados. Se elaboró un diagnóstico de la situación del agua potable disponible, de las letrinas y duchas, de la gestión de los residuos sólidos y de la higiene a nivel de los CSI y de los habitantes de los pueblos.

4. El programa de fortalecimiento del sistema de salud en los DS de Konni y Tahoua.

Además de la presentación del programa, este documento incluye un diagnóstico del sistema sanitario de las 12 áreas sanitarias con la descripción de la situación epidemiológica, la presentación de las estructuras existentes y sus roles, y la definición de los problemas prioritarios identificados por los ECD de los DS y por los 12 jefes de CSI.

MPDL presentó esta información durante una reunión en junio de 2010 a la cual se invitaron actores de los sistemas sanitarios de la zona de intervención: principalmente las ONG que trabajan con los DS de Tahoua y Konni, los representantes de CSI, y los ECD de los DS y de la DRSP.

→ La fase de identificación se realizó con la participación de la población y de los actores clave del sistema sanitario. Existe una línea de base con indicadores precisos en cuanto a aspectos de salud, agua, higiene y saneamiento. El trabajo realizado identificó también las necesidades de los 12 CSI pre-identificadas, principalmente las

necesidades de infraestructuras. Los agentes de las casas de salud no participaron en el proceso y no se determinaron las necesidades de las casas de salud. El funcionamiento y las necesidades de las estructuras comunitarias de gestión tampoco fueron objeto de un trabajo detallado : MPDL remedió a eso realizando durante la PAC 1 un estudio de los COGES y COSAN.

¿En que medida las acciones 4 y 5 son una respuesta adecuada a la situación de partida ? ¿Las alternativas elegidas están apropiadas? ¿Los objetivos de las acciones siguen de actualidad ?

Los ECD de Konni y Tahoua ayudaron al equipo de identificación a definir las acciones y metodología del Convenio. Basándose en sus conocimientos de las zonas de intervención, propusieron actividades que responden a las metodologías utilizadas por el Ministerio de Salud y que se insertan en su estrategia de acción. Los ECD de Tahoua y Konni siguen considerando que los objetivos de las acciones 4 y 5 - que son mejorar la salud primaria y reproductiva por el fortalecimiento de las estructuras, la formación del personal sanitaria y la sensibilización de las poblaciones - siguen siendo prioritarias para los Distritos Sanitarios.

El equipo de identificación habría también podido implicar más a los actores comunitarios en la definición de las actividades. Los COGES y las autoridades tradicionales han participado al levantamiento de información inicial pero no han participado a la selección de las actividades, y en particular de las infraestructuras previstas. Antes del inicio de las construcciones, MPDL habría podido presentarles una estimación de los costes adicionales que las nuevas infraestructuras iban a generar y las responsabilidades a asumir por cada actor sanitario (COGES, CSI y DS). El mantenimiento de las infraestructuras es una responsabilidad de los servicios descentralizados del MSP (DS y DRSP) y no de los COGES, pero esta a menudo olvidado por los DS. Si las infraestructuras se deterioran, los COGES, como representante de la población, pueden presionar los agentes de salud o hacer llegar la información a los DS para que se solucionen los problemas. Definir las responsabilidades de cada uno es esencial para el buen funcionamiento de las infraestructuras. Antes de la construcción, los COGES, los responsables de CSI y los DS deberían haber hablado y firmado un documento de compromiso.

→ La identificación inicial de las actividades del Convenio se realizó con los ECD, que son los responsables de la planificación sanitaria en los Distritos Sanitarios y que consideran que las acciones de MPDL siguen formando parte de sus prioridades. Sin embargo, se implicó poco a los actores comunitarios.

¿En que medida la formulación anual de las PAC ha permitido actualizar la formulación inicial del Convenio para que las acciones llevadas a cabo sigan en adecuación con las necesidades de la población ?

Las PAC permitieron realizar algunos cambios en comparación con la formulación inicial.

Durante la planificación inicial del Convenio, las actividades formuladas se centraron en los CSI y pocas actividades estaban previstas en las casas de salud. MPDL incorporó las casas de salud en las planificaciones anuales. A partir de la PAC 1, MPDL apoyó las salidas foráneas a las casas de salud y durante el Convenio, MPDL formuló numerosas actividades de las que beneficiaron las casas de salud: salidas foráneas, estrategias móviles de vacunación, formación de los agentes de las casas de salud, apoyo en equipamiento médico.

De la misma manera, inicialmente estaba previsto construir una maternidad en Toro; finalmente la financiación se reasignó para la construcción de una maternidad a Eddir y para la rehabilitación de la maternidad de Taza en PAC 4. MPDL tomó esta decisión con el DS de Tahoua porque el número de partos en Toro se mantenía bajo y que el CSI de Toro ya tenía una sala de parto relativamente espaciosa y aislada de las zonas de paso de los pacientes². El equipo de evaluación ha constatado que el CSI de Toro realiza relativamente

² En los CSI los más antiguos, la sala de parto se abre directamente sobre la zona de espera del CSI lo que deja poca intimidad a la mujer que esta dando a luz (es el caso por ejemplo de la antigua sala de parto del CSI de Eddir). En los CSI construidos más recientemente (como es el caso de Toro), se accede a la sala de parto pasando por una primera sala (que puede ser la sala de descanso), lo que da una mayor intimidad para la mujer que esta pariendo.

pocos partos (entre 20 y 30 al mes) y muestra importantes disfunciones que hacen dudar de su capacidad a recibir y mantener otra infraestructura³.

El diseño inicial de las letrinas se transformó también⁴. Estaba previsto modificar las antiguas letrinas para añadir duchas pero las antiguas letrinas tienen una única fosa séptica (normalmente es necesario una doble fosa) y no se respeta la distancia necesaria entre las letrinas y el CSI. Por eso, MPDL eligió construir nuevas letrinas.

En la formulación anual de las PAC, los ECD trabajan con MPDL para definir las actividades a priorizar pero los actores comunitarios no participan en este proceso. Níger definió un mecanismo para que los ECD puedan tener en cuenta las necesidades de la población: es el microplan. En teoría, los COGES formulan un microplan anual con el apoyo de los jefes CSI para definir las prioridades sanitarias de la población. Este microplan está validado por el COSAN y luego se presenta a los ayuntamientos para incorporarse al presupuesto comunal y a los DS para incorporarse a los PAA. MPDL formó a los jefes CSI en microplanificación, pero, en la práctica, todos los COGES no formulan microplanes: los COGES de los CSI de Eddir, Konni y Yaya no elaboraron microplan para 2014. El COGES de Konni existe desde hace un año y el CSI comenzó a funcionar en julio de 2014: es por eso que el COGES no había elaborado un microplan para 2014. Los COGES de Eddir y Yaya ya funcionan desde hace varios años y los jefes CSI de Eddir y Yaya recibieron formaciones en microplanificación en 2012. MPDL sensibilizó también los DS en 2014 para que la microplanificación se realice pero el resultado deseado no ha sido alcanzado. La ausencia de microplanificación tiene dos razones principales:

- La falta de conocimiento del proceso de planificación. Los COGES no saben realmente a que sirve la microplanificación y por lo tanto no están interesados en llevarla a cabo. Consideran que se trata de una lista de acciones pendientes de realizar durante el año. Por su parte los DS no animan los jefes CSI a aplicar la microplanificación y los microplanes existentes de CSI no están utilizados en la elaboración de los PAA de los DS. La microplanificación pasa a ser un ejercicio relativamente estéril.
- El coste que representa la formulación de un microplan. Según el Ministerio de Salud, los DS deben proponer la metodología de formulación de los microplanes. Los DS de Tahoua y Konni consideran que el DS debe estar presente a todas las reuniones del proceso y que los participantes (COSAN, COGES y personal sanitario) deben recibir dietas en cada una de estas reuniones. Así esta actividad se vuelve extremadamente costosa y finalmente no se realiza.

→ MPDL formula la PAC en colaboración con los ECD de los DS y la DRSP, sin realizar actividades de planificación con la población. Los microplanes deberían ser el principal mecanismo para hacer llegar las necesidades anuales de la población a los ECD, sin embargo no se formulan siempre.

Reforzar la microplanificación a nivel de los CSI es una prioridad que MPDL ha identificado pero que es compleja a llevar a cabo. Una pista de reflexión sería que MPDL negocie con los DS una metodología menos costosa en dietas y que siga las normas dictadas por el Ministerio. Una solución para limitar las dietas sería que MPDL se encargase de acompañar al COGES en la elaboración del microplan. El COSAN se reuniría una vez el trabajo realizado e invitaría entonces al DS para un día de formulación y validación del microplan a partir de la información colectada en los pueblos.

¿Cuál fue la participación de las mujeres en la planificación anual de las actividades, sabiendo que son las principales beneficiarias de las acciones del Convenio ?

Las estructuras establecidas por el Ministerio de Salud de Níger para hacer el vínculo entre la población y el sistema sanitario son los COGES y COSAN. Ahora bien pocas mujeres forman parte de estos Comités. En teoría, los Comités de salud deben ser compuestos de al

³ Volveremos de nuevo sobre los resultados obtenidos a Toro en el apartado sobre la evaluación de la eficacia.

⁴ 5 CSI debían inicialmente recibir nuevas letrinas (Eddir, Taza, Alella, Bazaga y Toro). Finalmente 3 CSI tuvieron nuevas letrinas (Eddir, Taza, Allela). Bazaga y Taza no tenían ya necesidad en el momento de la construcción.

menos un 25% de mujeres y si el Presidente del comité de gestión es un hombre, el puesto de Vice-Presidente debe estar ocupado por una mujer y vice versa⁵.

En la práctica los COGES de los CSI de Eddir, Konni, Toro, Bazaga, Taza y Yaya no tienen ninguna mujer. En cuanto a los COSAN, sólo Toro dijo tener a 3 mujeres sobre 14 miembros. Así aunque los microplanes se formularían y se utilizarían por los DS y MPDL, las mujeres no participarían a la planificación del Convenio, ya que no están presentes en los COGES y raramente presentes en los COSAN.

Es necesario destacar el hecho de que MPDL identificó este problema en la fase inicial de formulación del Convenio. La ONG se fijó un objetivo para favorecer la participación de las mujeres en los COGES y definió un indicador de resultado que es alcanzar al menos un 15% de mujeres en los COGES. Sin embargo como ya lo comentamos, MPDL ha elaborado pocas actividades para favorecer la participación de las mujeres en las estructuras comunitarias de salud.

→ Las mujeres no participaron en la planificación anual del Convenio y MPDL llevó a cabo pocas actividades para crear un clima que favorezca la participación de las mujeres en los espacios de decisión comunitaria.

¿Con qué criterios se definió la zona de intervención ? ¿Sigue siendo una zona pertinente ?

En 2007, MPDL inició un Convenio en salud primaria que cubría los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni. En 2009, la evaluación intermedia del Convenio recomendó a MPDL concentrarse en una zona de intervención más reducida para mejorar la eficiencia del Convenio. MPDL siguió las recomendaciones de la evaluación intermedia y seleccionó 9 áreas sanitarias prioritarias dentro de los dos DS en colaboración con los ECD de Tahoua y Konni.

En 2010, en la formulación del nuevo Convenio, MPDL decidió aumentar su zona de intervención. Mantuvo 8 de las 9 áreas sanitarias del Convenio anterior y añadió 4 áreas sanitarias nuevas a la fase de identificación, siendo áreas sanitarias con necesidades importantes. El trabajo de identificación se realizó en las 12 áreas sanitarias. De estas áreas sanitarias, MPDL seleccionó finalmente 8 y decidió descartar 3 áreas sanitarias de Tahoua (Karadji-Nord, Anelcar, Angoulmawa) y una área sanitaria de Konni (Guidan Iddar).

MPDL tomó esta decisión ya que las necesidades definidas eran importantes y el presupuesto limitado. En particular el presupuesto de la construcción de CSI de Konni varió durante la fase de identificación y alcanzó finalmente un importe dos veces superior al importe inicialmente pensado. Ahora bien la construcción de este centro debía tener un impacto importante en una zona poblada y sin cobertura sanitaria. Por eso MPDL consideró que era más pertinente concentrar la financiación del Convenio sobre una zona más limitada pero construir el CSI de Konni y tener un impacto importante.

La selección final de las 8 áreas sanitarias se ha realizado en colaboración con los ECD de los DS y la DRSP. Los criterios de selección de las áreas sanitarias fueron: (1) superficies muy pobladas, (2) que no reciban ayudas de otros socios y (3) dónde MPDL ya haya trabajado. El último criterio ha tenido un peso importante ya que las 8 áreas son las áreas sanitarias del Convenio anterior. Hoy en día los indicadores de salud de la zona de intervención han mejorado mucho y estas áreas sanitarias ya no son más prioritarias para los ECD. Sólo el área sanitaria de Toro sigue siendo una prioridad para el ECD de Tahoua.

Figura 2. Zona de intervención en Níger



⁵ Extracto del informe "Estructuras de participación comunitaria en el sector de la salud: reseña general y situación en las zonas de intervención de MPDL/Níger" de junio de 2011

→ Las zonas de intervención se definieron en función de las necesidades de los ECD. MPDL había elegido concentrar las financiaciones sobre un número limitado de áreas sanitarias para garantizar un impacto visible. Hoy estas superficies han mejorado su situación sanitaria y los ECD consideran que sería necesario cambiar de zonas de intervención. Sabiendo que esta evaluación intermedia se realiza al final del proyecto (PAC 5), esta recomendación debe tenerse en cuenta para futuras financiaciones, más que para las acciones de este Convenio.

3.1.3 Alineamiento de la intervención en Níger

¿En qué medida las acciones 4 y 5 son coherentes con las estrategias nacionales de Níger en 2010 ¿ Siguen siendo prioritarias para el Gobierno de Níger ?

Níger elaboró una serie de políticas sanitarias que definen las prioridades del Gobierno a nivel nacional. Las principales políticas implementadas durante la realización del Convenio son el Plan de Desarrollo Sanitario 2005-2010 y el Plan de Desarrollo Sanitario 2011-2015.

El PDS 2005-2010 tenía como objetivo general “de contribuir a la reducción de la mortalidad maternal y juvenil mejorando la eficiencia y la calidad del sistema de salud a partir de las potencialidades actuales.” El PDS 2011-2015 muestra una gran continuidad con el PDS 2005-2010 y tiene por objetivo “ofrecer cuidados y servicios de calidad a la población, en particular a los grupos vulnerables.” Los dos PDS se dividen en objetivos o ejes estratégicos que son relativamente similares como lo muestra el siguiente cuadro:

Tabla 2. Comparación de los ejes estratégicos del PDS 2005-2010 y del PDS 2011-2015

Objetivos específicos del PDS 2005-2010	Ejes estratégicos del PDS 2011-2015
Aumentar la accesibilidad a servicios de salud de calidad	La extensión de la cobertura sanitaria que favorecerá la modernización y la funcionalidad del existente
Fortalecer las actividades de salud reproductiva	El desarrollo de los servicios de la salud reproductiva
Fortalecer el proceso de descentralización del sector	El fortalecimiento de la gobernanza y el liderazgo a todos los niveles del sistema de salud (en particular la consolidación de la descentralización)
Aumentar la participación de la población a las políticas locales	
Fortalecer las capacidades de gestión y las competencias institucionales del Ministerio de Salud	
Atenuar la insuficiencia cualitativa y cuantitativa en personal	La dotación de las estructuras sanitarias en recursos humanos competentes y justificados
Aumentar la eficacia y la eficiencia de la gestión de las infraestructuras y de los recursos materiales puestos a disposición de los servicios	El desarrollo de mecanismos de financiación del sector de la salud para reforzar la oferta de cuidados y a hacer solvente la demanda
Aumentar la disponibilidad de medicamentos esenciales y consumibles de calidad en los centros de salud	El suministro permanente de las estructuras de salud
	La intensificación de la lucha contra las enfermedades que son objeto de vigilancia integrada
	La promoción de la investigación en salud

Las acciones 4 y 5 del Convenio apoyan directamente el aumento de la accesibilidad a servicios sanitarios, el refuerzo de las actividades de salud reproductiva, la consolidación de la descentralización y de la participación de la comunidad y el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos existentes.

→ Las acciones 4 y 5 muestran una gran coherencia con las políticas nacionales de salud de Níger concentrándose sobre la mejora de la salud primaria y reproductiva a través del refuerzo de las infraestructuras, la formación del personal sanitaria, el fortalecimiento de la gestión y de la sensibilización de la población.

¿En qué medida las acciones 4 y 5 son coherentes con las políticas y procedimientos de las autoridades locales? ¿Contribuyen a la implementación de las políticas públicas locales?

MPDL eligió trabajar directamente con las estructuras sanitarias del Ministerio de Salud de Níger teniendo como socios los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni. La formulación inicial del Convenio se realizó en estrecha colaboración con los equipos directivos de los dos DS que siguieron los Planes de Desarrollo Sanitario 2008-2012 de Konni y de Tahoua. Los ECD consideran que las prioridades del Convenio siguen estando de actualidad a nivel local.

Con el fin de alinearse con los procedimientos locales, el documento de formulación enumera los roles de los ECD y describe las modalidades de funcionamiento de los ECD en cuanto a: gestión financiera de los fondos de los PAA, gestión financiera de los fondos de cobro de los costes, adquisición y gestión del material técnico y medicamentos, gestión de los recursos humanos, gestión de la logística y equipamiento, supervisión, planificación, formación, investigación en salud y sensibilización. MPDL ha seguido estas metodologías en la formulación anual de las PAC para la planificación de las supervisiones, de las formaciones y las sensibilizaciones.

Aunque haya un verdadero esfuerzo por parte de MPDL por alinearse sobre los procedimientos locales, se desfasan a veces los períodos de formulación de las PAC y de los PAA. Los DS formulan los PAA de octubre a diciembre de cada año y los PAA se validan en febrero a nivel central. Las PAC deben formularse en el mismo período pero la PAC 4 y la PAC 5 se formularon más tarde⁶. Este desfase de formulación tiene consecuencias sobre la alineación de las actividades de las PAC con las prioridades de los DS. Los dos médicos-jefe de los DS destacaron este problema y consideran que una serie de actividades realizadas por MPDL no forman parte de los PAA: MPDL propone actividades no previstas que no se pueden incluir en los PAA porque los PAA ya están finalizados cuando se formulan las PAC. MPDL explica también este desfase por el hecho de que los PAA se centran principalmente en el funcionamiento del sistema sanitario pero tienen poco en cuenta los aspectos comunitarios (sensibilización de las poblaciones y fortalecimiento de los Comités) que son actividades claves del Convenio. Sin embargo, el equipo de evaluación constató que las actividades de sensibilización de MPDL se incluyeron en los PAA de 2013 y 2014: es entonces posible incorporar aspectos comunitarios en los PAA.

→ El Convenio se ha formulado teniendo en cuenta las estructuras sanitarias de Níger y las políticas públicas locales. La planificación anual del Convenio sigue en gran medida las modalidades de acciones y los objetivos anuales de los DS. Sin embargo los PAA y las PAC no se formulan siempre a la par, lo que conduce a un ligero desfase de las actividades del Convenio con la planificación de los DS.

3.1.4 Complementariedad con otros instrumentos

¿En qué medida las acciones son complementarias del resto de los programas de MPDL en Níger?

MPDL concentra sus actividades en Níger alrededor del Convenio. El resto de los programas de MPDL son principalmente las cofinanciaciones de distintos actores de la Cooperación. Evaluaremos en esta parte del informe, la formulación de las cofinanciaciones dejando para la parte de resultados del informe la evaluación de su eficacia.

En mayo de 2009, MPDL presenta un proyecto al Ayuntamiento de Madrid titulado “Fortalecimiento de la atención en salud primaria y reproductiva del sistema sanitario público de tres municipios rurales del Distrito de Birni N’Konni”. El Ayuntamiento aprueba este proyecto en diciembre de 2010 y concede 200.000€ para un presupuesto total del proyecto de 469.090€. Este proyecto tiene por objetivo: (1) fortalecer la coordinación entre DS, ayuntamientos, CSI y CS; (2) mejorar los servicios sanitarios de los CSI de Gounfara, Allela y Konni y de las CS de Kawara y Bazazaga; (3) sensibilizar la población sobre la salud primaria y reproductiva. A través de estas acciones, se esperaba un aumento del número de consultas sanitarias, de CPN y de partos asistidos.

En 2009, MPDL presenta también un proyecto de 12 meses a la Diputación de Granada titulado “Mejora de la salud primaria y materno-infantil de los/las habitantes de los municipios de Gounfara y Allela (Distrito de Birni N’Konni, Níger)”. Este proyecto prevé concentrarse en

⁶ En cuanto a la PAC 2 y 3, el equipo de evaluación no tuvo acceso a los períodos de formulación: el equipo MPDL de terreno cambió en 2013 y los jefes de los DS sólo están en función desde hace un o dos años.

las áreas sanitarias de Alella y de Gounfara con la mejora de las infraestructuras y equipamientos de los CSI, la distribución de ambulancias rurales y la realización de sensibilizaciones a la población. La financiación concedida por la Diputación en diciembre de 2009 es de 25.000€ para un presupuesto total del proyecto de 94.585€.

En octubre de 2009, MPDL presenta un proyecto a Tragsa titulado *“Mejora de la salud materno infantil del área sanitaria de Yaya, Departamento de Birni N’Konni, Níger”*. El proyecto se aprueba en febrero de 2010, para un importe total de 79.285€ del cual Tragsa financia 40.561€. Este proyecto se concentra en el área sanitaria de Yaya con (1) la construcción de la maternidad de Yaya; (2) la formación de las matronas, del COGES y del Comité de Higiene del CSI; (3) la sensibilización de la población; (4) la distribución de 5 ambulancias rurales; (5) el apoyo a las salidas foráneas y a las estrategias móviles.

En 2010, MPDL presenta un nuevo proyecto de 12 meses a Tragsa titulado *“Implementación de un sistema de abastecimiento de energía eléctrica renovable en 5 centros de salud de Birni N’Konni y Tahoua, Níger”*. Este proyecto tiene por objetivo la mejora de los servicios de energía solar de los CSI de Alella, Bazaga, Gounfara, Yaya y Taza. Tragsa concede a principios de 2011 una financiación de 41.624€ que representa la casi totalidad del presupuesto del proyecto.

En 2011, MPDL presenta un proyecto a Water for All titulado *“Acceso al agua potable de 3 centros de salud en Níger”* para construir una aducción de agua en 3 CSI de la zona de intervención del Convenio: Alella, Toro y Eddir. El importe pedido y concedido por Water for All es de 11.000€ y la duración del proyecto es de 9 meses.

En 2012, MPDL presenta un nuevo proyecto a Water for All titulado *“Mejora del acceso al agua potable en el centro de salud de Yaya, Departamento de Birni N’Konni, Níger”* para mejorar el sistema de aducción de agua de CSI de Yaya conectando directamente la maternidad a la fuente. El proyecto previsto es de 9 meses para un importe total de 12.920€.

En junio de 2013, MPDL presenta un proyecto a la Fundación Caixa para una solicitud de financiación de 150.000€ sobre un importe total de 194.297€ y una duración de dos años. El proyecto tiene por objetivo la formación del personal sanitaria en salud reproductiva en la región de Tahoua. MPDL elige trabajar con ANBEF que es una ONG reconocida en el ámbito de la salud en Níger. La zona de intervención incluye las 8 áreas sanitarias del Convenio y 16 nuevas áreas sanitarias.

→ Así MPDL obtuvo una serie de financiaciones de actores de la Cooperación Española para un total de cerca de 470.000€. Tres de estos proyectos se formularon antes de la identificación del Convenio: el proyecto de Madrid, Granada y el primer proyecto con Tragsa. Sin embargo todos estos proyectos se insertan en las acciones priorizadas por el Convenio y sus indicadores de seguimiento forman parte de los indicadores que el Convenio desea mejorar.

Además de las financiaciones de los actores de la Cooperación Española, MPDL obtuvo una financiación de Europeaid en noviembre de 2012 “para mejorar el acceso de las poblaciones de 8 áreas sanitarias de los Departamentos de Tahoua y Konni a la información sobre la planificación familiar y a los métodos modernos de contracepción”. Este nuevo proyecto tiene una duración de 36 meses para un importe total de 220.365€ de los cuales la CE financia 150.000€. Las acciones se concentran en las 8 áreas sanitarias en las cuales el Convenio trabaja.

→ Este proyecto es interesante ya que permite garantizar una presencia de MPDL en las áreas sanitarias del Convenio hasta noviembre de 2015, trabajando con los actores del Convenio sobre temáticas en relación con el Convenio.

[¿En qué medida las actividades del Convenio complementan el resto de las acciones de la Cooperación Española en Níger?](#)

El Convenio es también complementario de acciones que financia la Cooperación Española por otras vías, como es el caso del Fondo Común⁷. La OTC apoya el Fondo Común desde

⁷ El Fondo Común es un mecanismo de financiación creado en 2006 por el Ministerio de Salud de Níger para contribuir a la implementación del PDS. Los socios del fondo son: el Banco Mundial, AFD, AECID, UNICEF, FM y Gavi Alliance. Es el instrumento financiero del enfoque sectorial de la salud en Níger (apoyo a un programa de desarrollo sectorial y puesta en común de los recursos).

2009 sobre la base de las prioridades del PDS a nivel nacional. La OTC participa en Niamey en las reuniones semanales de seguimiento de estos fondos. Hoy este fondo representa 40% del presupuesto de la OTC.

El Fondo Común financia acciones que no están siempre en relación con los objetivos del Convenio y no son necesariamente complementarias del Convenio. Sin embargo es importante destacar el hecho de que el Fondo Común es el principal financiador del sistema de seguimiento, evaluación y planificación de los DS. Financia, entre otras cosas, el fortalecimiento de la microplanificación, las evaluaciones y la planificación de los PAA que son herramientas esenciales para la buena gestión de este Convenio.

¿En qué medida el Convenio complementa intervenciones de otras organizaciones en la zona de intervención?

Los socios que trabajan en los DS de Tahoua y Konni se alinean sobre las prioridades de los Distritos Sanitarios, lo que permite a los distintos actores de trabajar de manera coordinada entorno a una planificación común. Así los evaluadores entrevistaron matronas en el área sanitaria de Gounfara que habían recibido formaciones en sensibilización por Relief antes de 2010 y que habían sido recicladas por MPDL a partir de 2010. De la misma manera los CSI de Toro y Eddir tienen cada uno un personal de salud contractual pagado por Concern, lo que permite garantizar el personal necesario para hacer funcionar las infraestructuras sanitarias que MPDL ha rehabilitado o construido.

De la misma manera, el equipo de identificación del Convenio eligió no financiar acciones de lucha contra el Paludismo mientras que el Convenio MPDL anterior financiaba este tipo de acciones. Tomó esta decisión porque el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo financia las acciones de lucha contra el paludismo en la región de Tahoua (principalmente por la distribución de mosquiteros).

Lo que hay que retener del diseño de las acciones 4 y 5 del Convenio

Las acciones previstas son coherentes con las prioridades sectoriales y geográficas de la Cooperación Española. Algunas actividades financiadas por el Fondo Común (que representa un 40% de las acciones de la OTC en Níger) son complementarias de las acciones del Convenio.

Las acciones se alinean también con las prioridades del Ministerio de Salud en Níger a nivel nacional y con las prioridades de los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni. Esta alineación permite garantizar la coordinación entre los distintos socios en terreno y asegurar la complementariedad entre las intervenciones de cada uno.

La definición de las necesidades fue participativa y detallada pero los jefes tradicionales y los COGES no participan en la formulación anual de las actividades. La microplanificación es el mecanismo establecido por el Ministerio de Salud para hacer llegar las necesidades de la población a los DS pero los COGES no elaboran siempre microplanes por su propia iniciativa y, si MPDL debía financiar este proceso, sería muy costoso siguiendo la metodología promovida actualmente por los DS.

Se tuvo en cuenta a las mujeres en la definición de las necesidades. Sin embargo las causas de los bloqueos en el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios y en su participación en los COGES no se identificaron claramente, y MPDL no definió estrategias para favorecer la participación de las mujeres en los órganos comunitarios.

MPDL obtuvo un gran número de cofinanciaciones que completan las acciones del Convenio en Níger. El proyecto Europeaid es especialmente interesante ya que podrá reforzar la viabilidad de los resultados del Convenio.

3.2 Análisis de los procesos de ejecución y de gestión en Níger

3.2.1 Evolución de los recursos humanos en Níger

En la sede de MPDL en España: de 2010 a 2012, las acciones en Malí y Níger estaban bajo la supervisión técnica de la Responsable del Convenio, ella misma supervisada por el Responsable de área geográfica África. El Responsable del departamento de comunicación monitoreaba la acción 6. Al primer trimestre de 2012, MPDL cambia la organización del Departamento Internacional: los responsables de áreas geográficas desaparecen y las acciones se distribuyen por país. La supervisión del Convenio se divide en tres: el Responsable geográfico Malí supervisa las acciones 1, 2 y 3; el Responsable geográfico Níger supervisa las acciones 4 y 5; y el responsable del departamento de comunicación sigue supervisando la acción 6 que se realiza en España.

A Niamey, MPDL tiene un equipo de dirección que comprende un Jefe de Misión, un administrador de misión y un auxiliar administrativo. Desde el 16 de junio de 2014 se reforzó a este equipo con la contratación de un RISE (responsable seguimiento y evaluación).

En la zona de intervención, el equipo se divide entre la base de Tahoua y la base de Konni. A Tahoua, el equipo comprende un RP (o RP) en función desde abril de 2013, un administrador desde junio de 2013, un animador y un chofer, ambos en función desde 2009. A Konni, el equipo comprende:

1. una Coordinadora Salud junior en función desde noviembre de 2012,
2. un animador en función desde enero de 2014,
3. un chofer en función desde 2009,
4. un responsable de base que esta a media jornada de administrador y a media jornada de animador (en función desde 2009 como animador luego desde 2011 como responsable de base).

La estructura del equipo de terreno se mantuvo relativamente constante desde el principio del Convenio aunque algunos puestos cambiaron de personal como es el caso del RP o del administrador de Tahoua. Los cambios en el organigrama fueron:

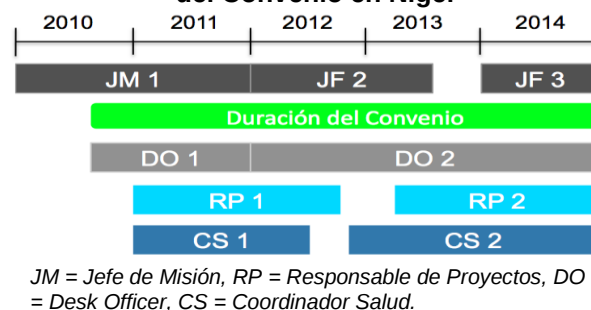
- la desaparición del puesto de ingeniero que era responsable del seguimiento de las construcciones hasta enero de 2013. Actualmente esta actividad se realiza por una consultoría externa que se contrata para necesidades puntuales. Además MPDL recibe el apoyo de los servicios públicos para supervisar las construcciones como fue el caso para la construcción del CSI de Konni.
- la sustitución del gestor de base de Konni por el animador de Konni que esta a media jornada animador y a media jornada gestor desde 2011.
- la contratación de un nuevo animador a Konni en enero de 2014.

Una característica importante de los recursos humanos de MPDL es la fuerte rotación del personal sobre los cargos directivos en Níger: Jefe de Misión, RP y Coordinador Salud.

En el caso del puesto de Jefe de Misión, la Jefa de Misión presente durante la formulación del Convenio fue sustituida en enero de 2012 por la administradora de misión que permaneció hasta septiembre de 2013 en función. Sin embargo la inseguridad en Níger obligó MPDL a repatriar en sucesivas ocasiones a su personal expatriado en 2011 y 2012, perturbando el trabajo de los jefes de misión. En 2013, MPDL decidió buscar un perfil más local para el puesto con el fin de disminuir los riesgos de secuestro de su personal. Este criterio complicó el proceso de selección del nuevo Jefe de Misión y el Jefe de Misión actual sólo tomó sus funciones el 26 de enero de 2014, 4 meses después de la salida del anterior Jefe de Misión.

En cuanto al puesto de Responsable de Proyectos, el RP presente al principio del Convenio dejó su puesto el 31 de octubre de 2012. Su sustitución fue también un proceso lento y el nuevo RP sólo asumió sus funciones el 22 de abril de 2013, 6 meses después de la salida

Figura 3. Histórico de los principales puestos del Convenio en Níger



del anterior RP. La Responsable Níger debió ejercer de RP durante los 6 meses sin RP a Tahoua, complicando los procedimientos de seguimiento del Convenio.

Finalmente MPDL encontró también dificultades para sustituir al Coordinador Salud que inició el Convenio y se fue el 30 de junio de 2012. MPDL deseaba reclutar a una mujer ya que el equipo era solamente de hombres. El proceso tardó y la Coordinadora Salud junior sólo asumió sus funciones el 22 de noviembre de 2012, casi 5 meses después de la salida del anterior Coordinador.

→ El Convenio ha sufrido de cambios de personal que dejaron puestos vacantes durante varios meses. El Jefe de Misión y la Desk Officer (responsable del Convenio en sede) cambiaron al mismo tiempo al inicio de 2012, lo que retrasó seguramente las actividades del Convenio en PAC 3, y sobre todo teniendo en cuenta que Níger era entonces muy inestable y que MPDL se había visto obligado a repatriar a sus expatriados en sucesivas ocasiones. A pesar de todo MPDL supo adaptarse a estas dificultades y recuperar el retraso.

En cuanto a las capacidades de los recursos humanos en terreno, los animadores tienen experiencia y trabajaron con la ONG Concern en proyectos de salud y nutrición antes de entrar en el equipo MPDL. Recibieron formaciones complementarias por MPDL en coaching, en PCIME comunitario y en Género en 2013; y en procedimientos administrativos en 2014. El RP considera que el equipo necesita una formación adicional en género, una formación en recogida y análisis de los datos cualitativos y una formación en nutrición con vistas a nuevos proyectos. Estas sugerencias se tendrán en cuenta en la formulación de las recomendaciones que se derivarán del análisis de la gestión de la intervención en Níger.

3.2.2 Coordinación de la intervención en Níger

[¿Cómo se realiza la coordinación interna de las acciones 4 y 5? ¿Cuáles fueron los obstáculos y las soluciones encontradas?](#)

La Responsable Níger supervisa desde la sede en Madrid las acciones del Convenio en Níger. A raíz de los problemas de inseguridad, las supervisiones debieron suspenderse a partir de mayo de 2012 y no pudieron reanudar hasta finales de 2013. Desde la reanudación de las supervisiones, la Responsable Níger realizó 3 viajes de supervisión en terreno (en febrero/marzo de 2013, septiembre de 2013 y abril de 2014). De noviembre de 2012 a abril de 2013 debió también asumir una gran parte de las tareas del RP a la espera de la toma de función del nuevo RP.

El Jefe de Misión hace el seguimiento y control de las acciones desde Niamey y realiza una visita de supervisión mensual a Tahoua y Konni. Por razones de seguridad, estas visitas se suspendieron también entre mayo de 2012 y finales de 2013. El Jefe de Misión es responsable de la calidad de los informes técnicos y financieros pedidos por el AECID que envía a la Responsable País. Le apoya el administrador de misión de Niamey en la presentación de los informes económicos y la verificación de los justificantes financieros. Elabora también un informe interno mensual que presenta los cambios de contexto del país, los avances en la gestión de los proyectos, las actividades de coordinación interna, los aspectos pertinentes sobre los recursos humanos y la logística, las actividades de representación institucional, las oportunidades de movilización financiera y los aspectos vinculados a la seguridad en el país.

El RISE acaba de asumir sus funciones y no ha llevado todavía a cabo las tareas que se le ha asignado. En los términos de referencia de su puesto, se prevé que divida su tiempo de trabajo entre Niamey y Tahoua, con el fin de estar muy presente en la zona de intervención.

El Responsable de Proyectos tiene a su cargo las relaciones institucionales con los DS, la DRSP y los otros actores claves presentes en terreno. Realiza también un informe analítico mensual que envía al Jefe de Misión y aporta la asistencia técnica del proyecto. Una parte de sus funciones va a pasar al RISE lo que le permitirá reforzar su presencia en terreno y asegurar una supervisión de más cerca del equipo local.

La Coordinadora Salud junior supervisa el trabajo de los animadores desde Konni y redacta un informe mensual de seguimiento de las actividades del Convenio a partir de los informes mensuales elaborados por los animadores. Este informe se envía al Jefe de Misión y al Responsable de Proyectos. Desde la toma de función del nuevo RP en abril de 2013, la Coordinadora Salud junior formalizó el seguimiento de los animadores con una reunión

semanal. Así cada viernes, organiza una reunión a Konni con los animadores para evaluar las actividades realizadas durante la semana y planificar la semana siguiente. El animador de Tahoua participa a esta reunión por teléfono.

Los equipos de Konni y Tahoua se encuentran una vez al mes para la supervisión mensual a la cual participa todo el equipo local y el Jefe de Misión.

En cuanto al intercambio de información, por el momento el equipo MPDL debe enviar los documentos por correo electrónico y no tiene un sistema de intercambio que le de un acceso constante a los datos de las distintas bases de trabajo (Niamey, Madrid, Tahoua, Konni). Sin embargo el Jefe de Misión informó al equipo de evaluación que MPDL lanzó el proceso de creación de una red interna. El sistema de intercambio de información permitirá mejorar la coordinación internamente y facilitar la supervisión del trabajo del equipo de terreno. Permitirá también crear un backup de la información del Convenio que se capitalizará y se transmitirá, aunque se renueve al personal de MPDL.

La coordinación interna es un punto crítico de este Convenio. Los recursos humanos se dividen en tres bases en Níger y una base en España lo que es una estructura compleja de trabajo. Durante una gran parte de las PAC 3 y 4, el Jefe de Misión y la Responsable País no pudieron supervisar en terreno y dejaron las bases de Tahoua y Konni con una gran libertad de maniobra en la gestión del Convenio. Esta falta de coordinación junta a una fuerte rotación del personal MPDL se tradujo en una falta de control del histórico del Convenio: algunos justificantes esenciales no pudieron proporcionarse al equipo de evaluación (lista de los equipamientos de la PAC 2 y 3, lista de los agentes formados, indicadores de seguimiento del Convenio de la PAC 2 y 4).

→ El equipo de MPDL ha tomado decisiones desde 2013 para mejorar la coordinación interna : la formalización de la supervisión de los animadores con reuniones semanales fue un primer paso para mejorar la coordinación interna y favorecer un trabajo eficaz y pertinente. Del mismo modo, la contratación de un RISE debería descargar al RP de los aspectos de seguimiento de los indicadores. Podrá así concentrarse en la coordinación del equipo y la supervisión de las metodologías de trabajo. Finalmente la creación de un sistema de intercambio es un punto clave para la coordinación.

[¿Cómo se realiza la coordinación entre MPDL y los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni? ¿Cuáles son los obstáculos encontrados?](#)

En diciembre de 2010, MPDL firma un acuerdo de colaboración con los Distritos Sanitarios y la DRSP de Tahoua que describe las responsabilidades de cada uno y los mecanismos de coordinación que deben aplicarse. Este documento es la principal herramienta elaborada para organizar las acciones de los distintos actores del Convenio. Se concentra en gran parte sobre los aspectos financieros: procedimientos financieros, rescisión del acuerdo y reembolso de los fondos, normas de justificación de la AECID a respetar, métodos de ejecución y justificación de los fondos, cláusula de duplicación⁸, tasa de dietas.

En cuanto a los aspectos técnicos, el acuerdo describe para cada tipo de actividades el planteamiento para implementar y supervisar las actividades y las responsabilidades de cada uno. Por el contrario aporta poca información sobre los justificantes técnicos que solamente se definen como “informes o fichas que informarán del desarrollo de las actividades.” No hay tampoco una presentación del sistema de seguimiento del Convenio y la responsabilidad de cada uno en la recogida de los indicadores del Convenio. Se hace solo mención a que MPDL deberá elaborar guías de entrevistas para el seguimiento post-sensibilización y guías de evaluación para las formaciones. Estas herramientas no se han elaboradas ni utilizadas durante el Convenio.

El acuerdo presenta también una serie de espacios de coordinación entre MPDL y los DS que se utilizan en la gestión del Convenio:

1. Las reuniones anuales de evaluación de los PAA y de planificación de los PAA

Estas reuniones se hacen durante los meses de octubre y noviembre de cada año.

Los DS presentan los resultados del PAA del año anterior y las actividades que

⁸ Página 33 del acuerdo de colaboración: “Cuando otro socio manifestara la intención de financiar una actividad ya programada por MPDL, el DS de Tahoua y/o el DS de Konni se comprometen a informar inmediatamente a MPDL para poder encontrar una solución con el fin de evitar duplicaciones.”

desean implementar el año siguiente. Según el acuerdo, estas reuniones deberían permitir evaluar los resultados del Convenio y servir para formular la PAC en colaboración con los DS.

En la práctica MPDL está invitado y participa a estas reuniones identificando las actividades susceptibles de ser financiadas por el Convenio. Sin embargo este ejercicio es a menudo complicado para MPDL que aún no ha planeado sus actividades a este período del año.

2. Las reuniones anuales para la formulación de la PAC

El acuerdo no precisa el período de formulación de la PAC. En la práctica, MPDL formuló las PAC 4 y 5 con retraso. MPDL trabajó a partir de los PAA para definir las actividades a financiar pero eligió también financiar algunas que no estaban en los PAA.

3. Las reuniones trimestrales de planificación

Estas reuniones se llevan a cabo entre los ECD y MPDL. MPDL debe realizar una acta de estas reuniones. Permiten revisar las actividades realizadas y coordinar las actividades para los tres meses siguientes. MPDL pide a los DS de proponer los TDR de las actividades que deben realizarse. Se centran principalmente en las salidas foráneas, las supervisiones, las listas de equipamiento y las formaciones. El RP revisa los TDR antes de validarlos.

4. Las reuniones informales

Su frecuencia depende de las necesidades y permite tratar la gestión corriente del Convenio: revisión de metodología de las formaciones, seguimiento de las actividades de construcción, revisión y recepción de justificantes financieros y técnicos, cálculo de los indicadores SNIS. La Coordinadora Salud junior que reside a Konni es la interlocutora MPDL para el Distrito Sanitario de Konni y el RP es el interlocutor MPDL para el Distrito Sanitario de Tahoua y la DRSP. MPDL mantiene también un gran número de reuniones con la DRSP para buscar soluciones a problemas mayores (retraso de ejecución, calidad de los justificantes, mantenimiento de las infraestructuras y equipamientos de las estructuras sanitarias, etc.).

Además de estos mecanismos de coordinación, existe espacios que no se tuvieron en cuenta en el acuerdo y que se utilizan para la coordinación de los socios en campo:

1. Los marcos de concertación mensuales (solamente con el DS de Tahoua)

El DS de Tahoua estableció una reunión de coordinación mensual con todos los actores de salud del DS con el fin de agrupar los intercambios con los socios e informar al conjunto de los actores locales sobre la programación a corto plazo del DS. Estas reuniones son esenciales: los DS deben regularmente ajustar su programación en función de las prioridades del Ministerio de Salud y de las actividades de los socios locales y nacionales. MPDL, consciente de la importancia de estas reuniones no dejó de abogar para que este marco de concertación se llevara a cabo en Konni. Sin embargo no es el caso todavía.

2. Los marcos de coordinación interna trimestrales

Los DS de Konni y Tahoua tienen una reunión técnica trimestral de coordinación interna con los jefes CSI a la cual están invitados los actores de salud del DS. Las distintas ONG que trabajan en el DS pueden asistir a esta reunión y ser informadas de las actividades del DS y las dificultades encontradas por los distintos CSI. Es un espacio muy interesante para tener acceso a los datos del SNIS y para conocer los resultados de cada CSI.

3. Las reuniones anuales de presentación de la evaluación del PAA intermedia

Estas reuniones se hacen durante el mes de junio bajo la responsabilidad de los DS y presentan los resultados obtenidos por los DS al final del primer semestre. Permiten hacer un balance de los resultados de cada programa del DS y son un espacio privilegiado para que los socios puedan evaluar los resultados de sus acciones. MPDL está invitado como los otros actores de salud del DS a participar. Sin embargo MPDL no ha siempre participado a este evento: este año (2014), MPDL no participó en la evaluación del DS de Konni.

→ En su acuerdo de colaboración con los DS, MPDL tuvo en cuenta una serie de mecanismos de coordinación para facilitar la implementación de las acciones del Convenio. Basó principalmente su relación con los DS en una planificación anual y

trimestral. Sin embargo esta frecuencia no es suficiente: se necesita una coordinación más estrecha de las acciones. El DS de Tahoua es consciente de esta necesidad y ha establecido espacios mensuales de intercambio con los socios. El DS de Konni prefiere funcionar por intercambios informales con MPDL: las decisiones se toman individualmente, lo que no permite una articulación eficiente del trabajo. Formalizar un marco de concertación para la gestión corriente de las acciones con el DS de Konni sería necesario para garantizar una colaboración más fluida, y esto sobre todo teniendo en cuenta que el personal del ECD cambia frecuentemente lo que obliga MPDL a reanudar el trabajo a cada cambio de ECD. MPDL es consciente de esta necesidad pero queda por definir una estrategia para conseguir este acuerdo que necesitaría un apoyo de la DRSP o incluso del MSP a Niamey para concretarse.

Por su parte, MPDL debería también participar en los espacios de coordinación existentes que son las reuniones anuales de formulación y de evaluación de los PAA y el marco de coordinación interno trimestral. Las actas de estas reuniones pueden ser fuentes de verificación de las PAC. Sabiendo que son actividades de seguimiento-evaluación, el RISE podría participar a estas reuniones.

¿Cómo se lleva a cabo la coordinación con la OTC de Níger? ¿Cuáles son los apoyos recibidos por parte de la OTC para facilitar la gestión del Convenio?

Desde julio de 2013 no hay un responsable de programas de salud en la OTC: es el responsable de programas que hace el seguimiento del Convenio con MPDL⁹. MPDL y la OTC se reúnen como mínimo una vez por trimestre para hacer el seguimiento de las actividades y solucionar problemas encontrados por MPDL en el país. MPDL proporciona también a la OTC un informe de actividades del Convenio cada dos meses. Este informe sirve de insumo a la OTC para la redacción de su informe sobre los avances de los programas en Níger que envía a la sede del AECID con una frecuencia bimestral. La OTC revisa también los informes anuales del Convenio.

El principal apoyo de la OTC y la Embajada de España ha sido su participación en el proceso de exención de impuestos que pedía MPDL para las construcciones del Convenio. Este proceso duró de finales de 2010 hasta noviembre de 2013. La OTC se comprometió a apoyar MPDL en este proceso a finales de 2012. Sin embargo se cambió al Coordinador General de la OTC a principios de 2013, lo que retrasó la resolución del expediente. La Embajada de España se reunió en mayo de 2013 con el Gobierno Nigeriano para solucionar la situación. La exención se entregó en noviembre de 2013.

¿MPDL trabaja en coordinación con otras organizaciones de la zona de intervención?

El Jefe de Misión participa en las reuniones de coordinación de los actores del sector de la salud a Niamey: participa en las reuniones de los PTF del MSP y en las reuniones de GDC y del OIREN. El RP participa en las reuniones de coordinación de los actores a Tahoua (bajo la dirección del DS de Tahoua) y participa en las reuniones OCHA que agrupan los organismos de las Naciones Unidas y las ONG; y durante las cuales se tratan aspectos de seguridad y de sinergias entre las intervenciones implementadas.

3.2.3 Cobertura de la intervención en Níger

Analizar la cobertura del Convenio tiene por objeto evaluar si la información recogida durante la fase de formulación del Convenio se utilizó para garantizar una selección adecuada de los beneficiarios. En Níger, la fase inicial del Convenio definió distintos tipos de beneficiarios directos del Convenio:

- Los agentes de salud de los CSI y de las CS de las 8 áreas sanitarias que reciben formaciones técnicas en salud para mejorar los cuidados otorgados a los clientes.
- Las matronas rurales que reciben formaciones en sensibilización sobre la salud reproductiva con el fin de informar y aconsejar a la población sobre los cuidados de la mujer y el niño disponibles en el centro de salud.

⁹ Esta previsto que un Responsable de Programas de salud tome funciones en la OTC en septiembre de 2014.

- Los miembros de las escuelas de maridos que reciben formaciones similares a las matronas con el fin de informar y aconsejar a la población sobre los cuidados de la mujer y el niño.
- Los Comités (COSAN y COGES) que reciben formaciones sobre el rol del COGES y que participan en las formaciones en sensibilización de las matronas con el fin de poder desempeñar su papel de enlace entre los centros de salud y la población.
- Los Comités de Higiene que se formaron en sensibilización sobre la higiene para informar a la población sobre la importancia de mejorar la higiene y su relación con la salud
- Las autoridades religiosas que recibieron una formación en planificación familiar con el fin de incorporar el espaciamiento de los nacimientos en sus sermones.
- La población de los pueblos seleccionados para las sesiones de teatro que les informan sobre la salud reproductiva, la higiene y los medicamentos de la calle.
- La población de los pueblos seleccionados para las estrategias móviles¹⁰.

¿Los diagnósticos de la fase de identificación permitieron definir criterios de selección de los beneficiarios? ¿La documentación de la formulación inicial presenta estos criterios?

Durante la fase de identificación y formulación del Convenio, MPDL realizó una encuesta CAP en seis áreas sanitarias de los DS de Tahoua y Konni para conocer las necesidades y los comportamientos de la población. Esta encuesta se realizó con 300 mujeres en edad de procrear y 210 esposos. Se completó con grupos focales de jóvenes y adolescentes y entrevistas de personas recursos (líderes y Comités). Generó una información apropiada para definir criterios de selección de los beneficiarios comunitarios. MPDL realizó también un diagnóstico detallado de las necesidades de los centros de salud entrevistando a los jefes CSI y los ECD y analizó la situación epidemiológica de la zona de intervención. Esta información es pertinente para definir criterios de selección de los agentes de salud.

→ La fase de identificación generó información para definir criterios de selección de los beneficiarios pero el documento de formulación no presenta estos criterios que se definieron durante la implementación del Convenio.

¿Cuáles fueron los criterios de selección de los agentes de salud formados? ¿Se han respetado?

Son los DS que proponen la lista de los agentes seleccionados para cada formación. La única exigencia de MPDL es que los agentes formen parte de las 8 áreas sanitarias del Convenio. Los DS conocen las formaciones recibidas anteriormente por cada agente y pueden seleccionar al personal más pertinente. Algunas formaciones son especialmente apreciadas y pedidas (como, por ejemplo, SONU) y, en teoría, un agente no puede repetirlas. El personal sanitario aprecia estas formaciones porque aportan nuevas competencias y porque duran varios días y la persona formada recibe dietas altas.

En la práctica, algunos agentes repiten la misma formación. Así en 2013 algunos agentes del DS de Tahoua siguieron la formación en PF por Concern y por MPDL. Algunos recibieron también dos veces la PCIME: es el caso por ejemplo del ASC de Tarjammé (en 2010 y 2013) y el ASC de Toukourouk (en 2012 y 2014). MPDL podría seguir las formaciones recibidas por los agentes de salud para ayudar a los DS en la selección de los agentes e identificar posibles duplicaciones en las formaciones.

Un aspecto importante es la rotación del personal de salud que puede dificultar el seguimiento de las formaciones. Ciertamente existe pero las rotaciones de puestos se hacen a menudo en la misma zona: los ASC se transfieren de una casa de salud a otra que se encuentra en la misma área sanitaria. Así aunque el agente es nuevo en la casa de salud, se habrá formado por MPDL en su puesto anterior.

¿Cuáles fueron los criterios de selección de las matronas rurales formadas? ¿Se han respetado?

MPDL formó las primeras matronas en 2012 (PAC 3). Eran las de los pueblos que habían recibido ambulancias rurales. Así las matronas que reconocían partos con riesgo tenían los medios de evacuar a las mujeres hacia los centros de salud. Luego son los jefes CSI en colaboración con los ECD que seleccionaron las matronas que se forman eligiendo pueblos

¹⁰ Por su parte, las salidas foraneas son actividades fijadas por los DS con criterios independientes del Convenio, y que se realizan en los pueblos con casas de salud.

que tienen bajas tasas de CPN, partos asistidos y CPON. La cobertura de las formaciones de las matronas se extendió a los pueblos con CSI, a los pueblos con casas de salud y a los pueblos sin estructura sanitaria. Las matronas muestran un sólido conocimiento de los riesgos de embarazo y de la importancia de realizar las CPN, el parto asistido y las CPON. Se han acostumbrado a motivar las mujeres para que acudan al centro de salud, incluso las matronas de los pueblos sin estructura sanitaria.

Las matronas han apreciado las formaciones aunque consideran que se les pide acordarse de mucha información en poco tiempo. En efecto la formación dura 2-3 días completos y las matronas son sobre todo ancianas que no fueron a la escuela y que no suelen seguir formaciones. Su grado de atención es limitado y dicen haber tenido que repetir la formación para retener la información. Las matronas siguieron generalmente 2 o 3 veces la formación MPDL.

¿Cuáles fueron los criterios de selección de los miembros de las escuelas de maridos? ¿Se han respetado?

MPDL sigue la estrategia elaborada por la UNFPA. Para ser miembro de las escuelas de maridos, los hombres deben cumplir más de la mitad de los criterios siguientes : deben ser esposo de una o varias mujeres que utilizan los servicios de salud reproductiva y que participen en las estructuras asociativas; deben tener como mínimo 25 años; ser voluntarios. Los animadores MPDL y los comunicadores de los DS presentaron estos criterios a las comunidades que eligieron a los hombres que encajaban mejor con las necesidades. Los miembros de las escuelas de maridos entrevistados durante la evaluación respondían a estos criterios.

¿Cuáles fueron los criterios de selección de los miembros de los COSAN y COGES ? ¿Se han respetado?

MPDL apoyó la celebración de elecciones para renovar los COGES de los CSI que habían alcanzado los 3 años previstos de mandato. Una vez las elecciones realizadas, los nuevos COGES fueron formados sobre sus roles y responsabilidades. Los COGES encontrados durante la evaluación mostraron un conocimiento suficiente de sus roles.

Para guiar la selección de los COGES y COSAN, los jefes CSI y los animadores MPDL pasaron en los pueblos y presentaron los criterios de selección: según el Ministerio de Salud de Níger, los COSAN deben componerse de al menos un 25% de mujeres y si el Presidente del COGES es un hombre, el puesto de vicepresidente está ocupado por una mujer y vice versa. MPDL recomendó que cada pueblo elija dos representantes para el COSAN (un hombre y a una mujer) que sean personas respetadas de todos, voluntarios, disponibles, estables en el pueblo, capaces de escuchar y restituir los mensajes y relativamente jóvenes. Durante la elección de los COGES por los COSAN, los animadores MPDL sensibilizaron de nuevo a los participantes sobre la importancia de incluir a una mujer en el COGES.

Sin embargo, la mayoría de los pueblos prefirieron designar hombres para el COSAN y ningún COGES tiene mujer como presidenta o vicepresidenta. Además los pueblos Peulhs y Tuaregs no están representados en los COSAN.

Finalmente MPDL centró su acción en los COGES de los CSI y los COGES de casas de salud no se renuevan siempre o no son siempre activos. A pesar de todo, varios COGES de CS recibieron una formación similar a la de las matronas.

¿Cuáles fueron los criterios de selección de los miembros de los Comités de higiene de los CSI? ¿Se han respetado?

MPDL no había previsto estos comités en la fase de identificación : eligió crearlos para no sobrecargar el trabajo de los COGES y pidió a los pueblos proponer personas limpias y listas para trabajar de manera voluntaria. Los DS y MPDL animaron también a los COGES para que participen en los Comités de higiene. Los Comités de higiene generalmente están formados por el manitas del CSI (que es el Presidente), unos o dos miembros del COGES y

un grupo de mujeres que representa más de la mitad del Comité. El Comité ayuda a la limpieza del CSI y realiza sesiones de sensibilización¹¹.

¿Cuáles fueron los criterios de selección de las autoridades religiosas formadas? ¿Se han respetado?

MPDL eligió seleccionar líderes religiosos reconocidos en su pueblo y que aceptaban hablar de la PF. Si un líder estaba en contra de la PF, MPDL intentaba convencerle de participar en la sensibilización para hacer evolucionar su manera de pensar.

¿Cómo se seleccionaron los pueblos que reciben las sesiones de sensibilización por el teatro?

Los jefes de los CSI y los ECD proponen pueblos que utilizan poco los servicios sanitarios. El teatro tiene por objeto sensibilizar la población de manera lúdica sobre la importancia de acudir a los centros de salud. Para la PAC 5, los pueblos que recibieron las compañías de teatro son los 40 pueblos que se seleccionaron para el proyecto Europeaid, proyecto que se centra en gran parte en la creación de escuelas de maridos y clubes de escuchas. Así las sensibilizaciones por el teatro vienen a reforzar el trabajo realizado por las escuelas de maridos y los clubes de escuchas en estos pueblos.

¿Cómo se seleccionaron los pueblos beneficiarios de las estrategias móviles?

Son los DS que elaboran, durante sus reuniones trimestrales, la lista de los pueblos seleccionados para las estrategias móviles. MPDL pide solamente que los pueblos beneficiarios formen parte de las 8 áreas sanitarias del Convenio.

→ MPDL decidió apoyarse en los ECD para la selección de un gran número de beneficiarios. Es el caso de la selección de los agentes de salud, de las matronas y de los pueblos beneficiarios del teatro y de las estrategias móviles. Los ECD eligen a los beneficiarios en función de las necesidades que definen y de las retroalimentaciones que les dan los jefes CSI. Esta decisión es adecuada aunque la selección de los agentes de salud no es siempre pertinente. Por eso, MPDL debería seguir las formaciones recibidas por los agentes de salud.

MPDL apoyo activamente la selección de los miembros de las escuelas de maridos, de los COGES, de los COSAN y de los Comités de higiene. El principal problema encontrado en términos de cobertura estuvo en los COGES y COSAN: todos los pueblos no están representados en los COSAN y, como ya se comentó en este informe, no se respetó el nivel de participación de las mujeres. Las personas entrevistadas explicaron esta situación por el hecho de que los hombres no dejan a sus esposas participar en las reuniones. Sin embargo es interesante observar que el problema no se plantea en los Comités de higiene que tienen a menudo más de 50% de mujeres. El análisis de la escasa participación de las mujeres en los COGES pide un estudio detallado, pero se puede imaginar que esta situación esta relacionada con el hecho de que los COGES son espacios de decisión que los hombres no quieren ceder a las mujeres y que seguramente son dirigidos por un número limitado de hombres.

3.2.4 Participación y apropiación en Níger

Evaluar el nivel de participación y apropiación consiste en considerar en qué medida los actores implicados participan de manera activa en la gestión del Convenio, sobre la base de sus obligaciones y responsabilidades. En este marco, tres grupos deben tenerse en cuenta en Níger:

1. Los Distritos Sanitarios de Tahoua y Konni

Son los socios del Convenio y los responsables de la aplicación de las políticas del Ministerio de Salud de Níger. Su rol es preponderante en la definición y realización de las actividades del Convenio.

¹¹ El Comité de Eddir tiene 7 mujeres y 3 hombres; el de Toro tiene 6 mujeres y 4 hombres; el de Bazaga tiene 4 mujeres y 6 hombres; el de Yaya tiene 6 mujeres y 6 hombres.

2. Las autoridades locales, ayuntamientos y autoridades tradicionales

Desde la descentralización y la aprobación de la ley del 11 de junio de 2002 que determina los principios fundamentales de la libre administración de las regiones, de los departamentos y los municipios así como sus competencias y sus recursos, los ayuntamientos deben participar de manera activa en el sector de la salud destinando un 8% de su presupuesto a la financiación de las estructuras sanitarias. Conceden también los permisos para realizar las construcciones y las infraestructuras de agua y electricidad. Su participación en las actividades del Convenio es un punto crítico que debe evaluarse.

Por su parte los jefes tradicionales representan a la autoridad local en los pueblos. Según las costumbres en Níger, los jefes deben ser informados de todas las actividades que se realizan en el pueblo. Tienen la capacidad de movilizar la población y de facilitar o dificultar la realización de las actividades.

3. Los COGES y COSAN

Son los órganos de gestión comunitaria en el sistema sanitario de Níger que representan a la población. Las políticas del Ministerio de Salud promueven la participación de estos Comités en la planificación, la implementación y la supervisión de las actividades en relación con la salud.

[¿Qué ha sido el nivel de apropiación de los socios locales? ¿Son autónomos en las tomas de decisiones? ¿Recibieron una formación sobre las obligaciones relativas a la gestión del Convenio?](#)

El acuerdo de colaboración firmado entre MPDL, los Distritos Sanitarios y la DRSP describe los métodos de ejecución de las acciones y los roles de cada uno. Para las actividades de sensibilización, los DS proponen y/o validan el contenido de los mensajes de las tropas teatrales y de los mensajes radios. MPDL organiza las actividades y los DS supervisan su buen desarrollo. Para las construcciones y las compras de equipamientos, MPDL se encarga también de las actividades y los DS participan a los comités de selección de las ofertas y supervisan las entregas. Para el resto de actividades, se prevé que los DS propongan a MPDL las actividades y reciban fondos cada 3 meses en función de las actividades planeadas y de los TDR validados con MPDL. Los DS están entonces responsables de la realización de las actividades: organización, selección de los participantes, selección del formador/supervisor, realización de la actividad. Luego, deben entregar a MPDL los justificantes técnicos y financieros de las actividades para poder recibir los fondos del trimestre siguiente. Los justificantes financieros deben responder a criterios presentados en el acuerdo de colaboración y detallados en los manuales de las normas y procedimientos del AECID.

En la práctica, la implementación de las actividades sigue el esquema presentado en el acuerdo de colaboración y los DS muestran un liderazgo importante en la definición de las actividades y su realización. Sin embargo los fondos no se entregan a los DS trimestralmente pero mensualmente. Sólo las salidas foráneas siguen teniendo una planificación trimestral. MPDL decidió reducir los períodos de planificación para controlar mejor la justificación de los fondos. La justificación económica es relativamente compleja y exigente, y pide un período de aprendizaje. Ahora bien los DS tienen una fuerte rotación de personal, lo que obliga MPDL a repetir la formación sobre los justificantes a cada nuevo personal. Así el gestor actual del DS de Konni está solo en función desde noviembre de 2013. El del DS de Tahoua se había ido en abril de 2014 y no tenía sustituto al momento de la evaluación (julio de 2014). MPDL se reúne regularmente con los gestores para verificar con ellos los justificantes que son menudo defectuosos y llegan con mucho retraso. La situación progresó mucho con el DS de Tahoua. En el caso del DS de Konni, el administrador de misión de MPDL formó al gestor en mayo de 2014 sobre los justificantes. Según MPDL el DS de Konni está mejorando, pero sigue sin cumplir las exigencias a tiempo.

En cuanto a la participación de los DS en el sistema de seguimiento del Convenio, el acuerdo de colaboración no define responsabilidades. MPDL elaboró un sistema de indicadores del Convenio que se basa en gran parte en los datos del SNIS que administran los DS. MPDL encuentra serias dificultades con el DS de Konni para tener acceso a los indicadores SNIS: la información está disponible tarde y no se calcula siempre correctamente. Por eso, MPDL decidió fortalecer su seguimiento con fichas propias que

llenar los CSI y las casas de salud¹². Otras ONG encuentran el mismo problema: así la ONG Concern pide a sus animadores de coger la información de los informes SNIS disponibles en los CSI. El equipo de evaluación solicitó también al DS de Konni los indicadores anuales de los CSI: sin la intervención de MPDL y del Ministerio de Salud, el DS de Konni no habría probablemente enviado la información pedida.

→ Los DS se han apropiado de la definición y la realización de las actividades pero no logran seguir las exigencias del Convenio para reportar los fondos y los indicadores de seguimiento. Es principalmente el caso del DS de Konni que no se ha apropiado de las normas de seguimiento financiero y técnico.

Para paliar a esta dificultad, MPDL puso en marcha un sistema de recogida de indicadores en paralelo al sistema SNIS. Sin embargo es también pertinente de seguir sosteniendo el sistema de seguimiento de los DS para que los socios locales participen en el seguimiento del Convenio. En este sentido, el RISE podría apoyar al epidemiólogo en el tratamiento de los datos del SNIS. Este apoyo debería formalizarse entre las dos partes con un acuerdo que defina la frecuencia de las actividades y las responsabilidades de cada uno.

Se programaron también formaciones en management para la PAC 5 con el fin de fortalecer los ECD: sería interesante que hagan hincapié en las actividades de justificación técnica y financiera.

La apropiación de los mecanismos de justificación económica sigue siendo baja, principalmente a Konni. Aunque MPDL considere que la situación este mejorando, el ECD de Konni sigue teniendo dificultades para justificar las financiaciones actuales del Convenio: es aconsejable no aumentar el volumen de financiación concedido al DS hasta que el ECD muestre la capacidad suficiente para administrar el volumen de financiación actual. Para seguir esta mejora, se podrían definir indicadores mensuales con el RISE (por ejemplo: volumen de fondo justificado en función del volumen de fondo ejecutado; o tiempo para justificar un 50% de los fondos, un 80% de los fondos y un 100% de los fondos). Estos indicadores podrían compartirse con el DS de Konni y la DRSP mensualmente para servir al diálogo sobre este tema entre los distintos protagonistas.

¿Qué papel juegan los ayuntamientos en la implementación de las actividades del Convenio? ¿En qué medida se han incluido en la gestión del Convenio?

Los ayuntamientos tienen la responsabilidad de apoyar el funcionamiento de los sistemas sanitarios pero en la práctica, el compromiso de los ayuntamientos es desigual. Algunos financian infraestructuras y personal - es el caso del ayuntamiento de Konni que fue muy activo en la construcción del CSI de Mounwadata - pero otros no financian nada en salud como lo presenta el siguiente cuadro:

Tabla 3. Financiamiento de las Alcaldías en el sector de la salud

CSI	Comuna	Compromiso de la Alcaldía
Taza	Affala	Compromiso para pagar las evacuaciones y compra de una ambulancia
Toro	Barmou	Ningún compromiso por el momento
Eddir	Bambaye	Financiación de las evacuaciones sanitarias (pago de los gastos de combustible) - Construcción de una ducha en el CSI
Konni	Konni	Contribución financiera a la construcción de CSI (21.709.117F) para la conexión de agua y luz y el terraplén del terreno (que se inundaba) Construcción de un aparcamiento exterior - Pago de los sueldos de 2 manitas y 1 vigilante, y de las facturas de agua y luz del CSI
Gounfara	Gounfara	Gratificación de 10.000 F mensual para el manitas del CSI
Allela	Allela	Ningún compromiso por el momento

¹² Detallaremos el sistema de seguimiento del Convenio en la evaluación de la gestión basada en los resultados.

CSI	Comuna	Compromiso de la Alcaldía
Yaya	Allela	Contribución con 50 equipos entregados a las mujeres embarazadas venidas en CPN en 2014 Visita frecuente del alcalde al CSI
Bazaga	Bazaga	Ningún compromiso por el momento

Los ayuntamientos no se incluyeron en las actividades de gestión del Convenio (planificación, supervisión, seguimiento y evaluación) pero son beneficiarios de actividades de sensibilización. Así en el DS de Tahoua, MPDL sensibilizó los alcaldes sobre la importancia de financiar las evacuaciones. A raíz de esta actividad, el municipio de Bambaye (del cual depende el CSI de Eddir) decidió pagar los gastos de evacuación del CSI hasta el HD. De la misma manera el municipio de Affala (del cual depende el CSI de Taza) compró una ambulancia en junio de 2014 y está decidiendo cómo se pagarán los gastos de combustible. MPDL previó realizar la misma actividad de promoción en los municipios de Konni en PAC 5.

Los DS desean también que los jefes de CSI estén invitados por los ayuntamientos a la formulación del presupuesto de su municipio lo que no es el caso por el momento.

→ El marco legal de Níger favorece la introducción de la salud en el presupuesto comunal desde 2002 (hasta un máximo de 8% de su presupuesto). Sin embargo los ayuntamientos de la zona de intervención no apoyan mucho los sistemas sanitarios. Una de las razones es que los alcaldes no están sensibilizados sobre el tema de la salud y no saben qué acciones pueden financiarse concretamente. Es por eso que las actividades de promoción de MPDL son esenciales para que los ayuntamientos se comprometan con la salud. Es también importante reforzar la microplanificación en los CSI para hacer llegar las necesidades del terreno en los presupuestos comunales. Finalmente el Convenio se está acabando pero habría podido ser interesante invitar los ayuntamientos a participar en las reuniones anuales de planificación del Convenio para informarles de las necesidades de los CSI y incitarles a tenerlos en cuenta en su presupuesto.

¿Qué papel juegan los jefes tradicionales en la implementación de las actividades del Convenio?
 ¿En qué medida se han incluido en la gestión del Convenio?

Inicialmente, el Convenio no definió estrategias para incluir los jefes tradicionales pero el funcionamiento mismo de la sociedad nigeriana hace que las autoridades tradicionales participen al Convenio. Los COSAN y COGES informan los jefes tradicionales de todas las actividades que realizan y los jefes tradicionales son las personas más capaces de movilizar el pueblo. Ahora bien, durante esta evaluación, varios COGES se compadecieron de la escasa participación comunitaria explicando que la población no se implica mucho en las construcciones de los cercados de los CSI o no desea siempre crear un fondo de cereales común que permitiría financiar las evacuaciones.

Es necesario saber que los pueblos de la zona de intervención tienen la particularidad de tener varios jefes de pueblo (hasta 4) y para que una movilización comunitaria sea eficaz, es necesario que todos los jefes acepten colaborar lo que es a veces difícil. Así en el caso del CSI de Toro, el COGES se compadeció de una falta de movilización de la comunidad. Ahora bien el COGES trabaja principalmente con un jefe de pueblo que consigue movilizar una parte del pueblo. Sin embargo los tres jefes restantes no parecen ponerse de acuerdo con el COGES y prefieren no implicarse en la movilización comunitaria para el CSI.

El hecho de tener varios jefes de pueblo no impide una movilización del pueblo. Así en el caso de Kawara, los tres jefes de pueblo se pusieron de acuerdo y movilizaron juntos a la población para construir el cercado de la casa de salud.

→ Los jefes tradicionales son actores claves para movilizar y organizar la participación comunitaria. Pueden también ser líderes para el cambio de comportamiento de las poblaciones, a través de su participación en las escuelas de maridos. Parece que todos los jefes de un mismo pueblo deben comprometerse para que la movilización comunitaria se realice con éxito. Sin embargo es difícil entender la distribución de responsabilidad tradicional y los mecanismos de toma de decisiones en los pueblos de la zona de intervención. Sería aconsejable realizar un diagnóstico

de la gobernanza local que proponga recomendaciones para favorecer la participación de las autoridades tradicionales.

¿En qué medida los beneficiarios participan en la gestión del Convenio? ¿Cómo se favorece la participación de las mujeres?

Los COGES y los COSAN representan a los beneficiarios del Convenio en Níger y son el vínculo entre los sistemas sanitarios y la población. Participaron principalmente en el Convenio sensibilizando la población sobre la salud reproductiva y sobre la higiene. Supervisaron también las construcciones y pusieron a disposición de MPDL vigilantes que garantizaban la seguridad de las obras. Algunos COGES mostraron también su motivación cercando los centros de salud (como en el caso de Kawara) o construyendo edificios adjuntos al centro sanitario (como en el caso de Eddir o Ezac).

Los comités no cooperan en la planificación y el seguimiento del Convenio. MPDL no definió actividades de planificación con los comités porque iba a utilizar los microplanes que son las herramientas definidas por el Ministerio de Salud para favorecer la participación comunitaria en la planificación y el seguimiento de las actividades sanitarias. Pero como ya lo mencionamos, los COGES no elaboran siempre microplanes.

→ Los COGES y COSAN participan en la implementación y la supervisión de las actividades pero no participan mucho en la planificación ni en el seguimiento del Convenio.

Finalmente las mujeres participan poco al seguimiento de las acciones. Son beneficiarias de formaciones y se organizan en clubes de escuchas o en grupos de matronas que trabajan de manera organizada; pero no participan en la planificación o seguimiento de las actividades. No forman parte a menudo de los órganos de decisión comunitarios (COSAN y COGES). La gran mayoría no conoce los ámbitos de intervención del Convenio o el nombre de MPDL. Solo saben a través de conversaciones con las matronas o con otras mujeres que una organización realizó construcciones y donaciones de equipamiento al centro de salud.

→ MPDL no desarrolló estrategias para que las mujeres participen en las tomas de decisiones del Convenio. Sin embargo, existe una serie de estructuras comunitarias que podrían garantizar la visibilidad de las mujeres: los COGES, los Comités de higiene o los clubes de escuchas por ejemplo.

3.2.5 Gestión basada en los resultados en Níger

Analizar la gestión basada en los resultados permite evaluar, si el Convenio tiene un sistema de indicadores y fuentes de verificación que permita un seguimiento pertinente de las acciones del Convenio y si este sistema se utiliza correctamente como herramienta de gestión de la calidad de las acciones en Níger.

¿Los indicadores del marco lógico del Convenio se formularon de manera apropiada? ¿Consideran el enfoque de género pedido por el AECID? ¿Qué adaptación puede ser propuesta?

Tabla 4. Análisis de los indicadores del marco lógico de las acciones en Níger

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico inicial	Indicadores utilizados	Comentarios	Fuentes
OE4. Mejorada la salud básica de los habitantes de Tahoua et Konni	11 de los 22 indicadores del SNIS mejoran al final de proyecto en cada área sanitaria de intervención	10 de 19 indicadores del SNIS mejoran al final de proyecto en cada área sanitaria	Algunos indicadores del SNIS no se relacionan directamente con actividades del Convenio. La información en los informes anuales de MPDL no esta por área sanitaria	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
OE4.R1. La calidad clínica y la cobertura de los cuidados de salud básica son mejorados	Aumenta en un 15% la tasa de utilización de los servicios curativos en las áreas sanitarias de intervención	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Aumenta en un 30% la tasa de cobertura sanitaria en las áreas sanitarias de intervención ¹³	ídem	Indicador pertinente y verificable en el área de Konni con la construcción del CSI pero sobre el cual el Convenio no tiene acciones directas en las otras áreas sanitarias.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Disminuye en un 15% la tasa de prevalencia de las enfermedades más frecuentes en las áreas sanitarias de intervención	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL puso en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Se asegura la cobertura actual de vacunación en las áreas sanitarias de intervención	Tasa de cobertura de Penta 3, Tasa de cobertura de VAR	Este resultado no tenía inicialmente actividades de vacunaciones (era el resultado 4). Indicadores pertinentes y verificables. Falta el BCG y la información no se presenta por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	El personal del centro de salud aplica estándares de calidad de las curas	Tasa de realización de las supervisiones a las casa de salud	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. Mide la supervisión pero no mide los efectos de las actividades de formación.	Estadísticas del DS
OE4.R2. La gestión y la participación comunitarias son reforzadas en 8 centros de salud	Al término del proyecto las reuniones del COGES con un proceso verbal aumentan en un 60%	Tasa de realización de reuniones de COSAN, Tasa de realización de reuniones de COGES	Indicadores pertinentes y verificables pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS
	Al término del proyecto al menos 6 de los 8 COGES cumplen con el número de reuniones estipulado por normativa			
	Al término del proyecto los 8 COGES disponen de un microplan y lo aplican	ídem	Indicador pertinente y verificable pero MPDL solo hizo el seguimiento de los microplanes de la PAC 3	Informes MPDL y eval. Interim.

¹³ En Níger, la cobertura sanitaria define el número de personas que viven en un rayo de 0 por 5 Km alrededor de un Centro de Salud Integrado, dividido por la población general de la zona. Se habla de índice de cobertura sanitario.

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico inicial	Indicadores utilizados	Comentarios	Fuentes
	Al término del proyecto aumenta la satisfacción del personal del centro de salud con el COGES en al menos 6 de los 8 centros de salud	ídem	Difícilmente verificable debido a la alta rotación del personal y al alto nivel de subjetividad del indicador. No hay seguimiento posible durante el proyecto. El Convenio no tiene estrategia definida para mejorar esta relación.	Encuesta final del convenio
	Al término del proyecto 70% de los miembros de los COGES se declaran satisfechos con su labor en el seno del centro y con el personal sanitario	ídem	Difícilmente verificable debido a la alta rotación del personal y al alto nivel de subjetividad del indicador. No hay seguimiento posible durante el proyecto. El Convenio no tiene estrategia definida para mejorar esta relación.	Encuesta final del convenio
	Al término del proyecto el porcentaje de mujeres en los comités de gestión es al menos de un 15%	ídem	No se ha implementado una estrategia para aumentar el número de mujeres en los COGES. Estaba previsto formular una estrategia en PAC 4 que ha sido sustituida por la estrategia nacional. No se implementa en PAC 5.	Informes MPDL y evaluación intermedia
OE4.R3. La población aumenta sus conocimientos y buenas prácticas en materia de salud básica	Aumenta en un 15% la tasa de utilización de los servicios curativos en las áreas sanitarias de intervención	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Aumenta en un 20% la población que conoce causas y medidas de prevención de las enfermedades en relación con la calidad del agua	ídem	No hay indicadores para las sensibilizaciones sobre los medicamentos de la calle. Indicador sin seguimiento posible hasta el final del proyecto.	Encuesta final del convenio
OE4.R4. Reforzada la prevención, la capacidad de respuesta y gestión de las epidemias en el DS de Konni	Disminuye la mortalidad por enfermedades epidémicas en el Departamento de Konni.	PAC 3: Tasa de cobertura de Penta 3, de VAR y de BCG PAC 4: Mortalidad por cólera, sarampión y meningitis	Las actividades de vacunación de este resultado pasan en R1 a partir de la PAC 2. Este resultado desaparece en PAC 4. Los indicadores de la PAC 4 son los más pertinentes pero el Convenio tiene actividades en relación con las epidemias solamente en PAC 2.	Estadísticas del DS
OE4.R5. Mejorado el acceso al agua potable y las infraestructuras de saneamiento en el Centro de Salud	8 Centros de Salud de intervención con acceso a agua potable	ídem	Indicador pertinente y verificable MPDL no realiza un seguimiento constante del buen funcionamiento de los sistemas.	Seguimiento MPDL, fotos, facturas, actas de donación
	8 Centros de Salud de intervención con acceso a letrinas de calidad	ídem	Indicador pertinente y verificable MPDL no realiza un seguimiento constante del buen funcionamiento de los sistemas.	
	8 Centros de Salud con un sistema de gestión de desechos funcional	ídem	Indicador pertinente y verificable MPDL no realiza un seguimiento constante del buen funcionamiento de los sistemas.	

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico inicial	Indicadores utilizados	Comentarios	Fuentes
OE5. Mejorada la salud reproductiva de las mujeres en edad de procrear y de los niños recién nacidos en 8 áreas sanitarias de Tahoua y Konni	Disminuye en un 15% la tasa de mortalidad neonatal en las áreas sanitarias de intervención	ídem	Información solo disponible en PAC 3 sin detallar por áreas sanitarias. Información no incluida en los 19 indicadores de seguimiento	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Disminuye en un 15% la tasa de mortalidad materna en las áreas sanitarias de intervención	ídem	Información solo disponible en PAC 3 sin detallar por áreas sanitarias. Información no incluida en los 19 indicadores de seguimiento	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Aumenta en un 20% el uso de los métodos anticonceptivos modernos en las áreas sanitarias de intervención	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
OE5.R1. Mejorada la calidad clínica y la cobertura de los cuidados en salud reproductiva en 8 áreas sanitarias	Aumenta en al menos un 15% la tasa de cobertura de consulta prenatal en los Centros de Salud de intervención	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Aumenta en al menos un 15% la tasa de cobertura de consulta postnatal en los Centros de Salud de intervención	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
	Aumenta en al menos un 15% la tasa de parto asistido en los Centros de Salud de intervención	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL
OE5.R2. La población conoce los comportamientos preventivos principales y las buenas prácticas relacionadas con la salud reproductiva	Aumenta en un 20% el número de mujeres que conocen los signos de riesgo durante el embarazo y el post parto	ídem	Indicador sin seguimiento posible hasta el final del proyecto	Encuesta final del convenio
	Aumenta en un 20% el número de hombres que conocen los signos de riesgo durante el embarazo y el post parto	ídem	Indicador sin seguimiento posible hasta el final del proyecto	Encuesta final del convenio
OE5.R3. Aumenta el recurso a la planificación familiar en 8 áreas sanitarias	Aumenta en al menos un 30% la tasa de uso de la contracepción moderna	ídem	Indicador pertinente y verificable pero los informes de las PAC no detallan siempre la información por área sanitaria. MPDL ha puesto en marcha las fichas de monitoreo en PAC 5. El mismo indicador esta para medir el OE5 y tiene como meta 20% en vez de 30%.	Estadísticas del DS y monitoreo de MPDL

Además de los indicadores presentados en el cuadro anterior, MPDL consideró 19 indicadores para el seguimiento del objetivo 4 que son indicadores medidos trimestralmente por los DS. 13 son indicadores sobre los cuales las acciones 4 y 5 del Convenio tienen un impacto directo:

1. Porcentaje de dispensarios funcionales
2. Porcentaje de la población cubierta por los CSI (<5 km) y los CS
3. Tasa de realización de las salidas foráneas
4. Tasa de realización de las reuniones del COSAN
5. Tasa de realización de las reuniones del COGES
6. Tasa de realización de las supervisiones de las casas de salud
7. Tasa de utilización de la asistencia sanitaria
8. Índice de cobertura de los CPN
9. Índice de cobertura de los CPON
10. Tasa de utilización de la Planificación Familiar
11. Tasa de parto asistido por personal cualificado
12. Índice de cobertura Penta 3
13. Índice de cobertura VAR

6 son indicadores interesantes para entender el contexto de trabajo de MPDL pero no pueden relacionarse directamente a actividades del Convenio y no son indicadores pertinentes para el seguimiento del objetivo 4. Se trata de:

1. Tasa de ruptura de los 6 medicamentos esenciales
2. Porcentaje de casos de desnutrición tratados en niños menores de 5 años
3. Mujeres embarazadas que reciben el tratamiento intermitente contra el paludismo
4. Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben hierro
5. Tasa de recuperación de los MPE
6. Porcentaje de niños cuyo peso de nacimiento es inferior a 2,5 kg

→ De manera general, los indicadores son pertinentes y comprobables. Sin embargo algunos no miden una acción directa del Convenio (es el caso de los 6 indicadores presentados arriba). Su mejora o deterioro no podrá ser explicada por las actividades del Convenio.

Los indicadores de las actividades de sensibilización no pueden medirse sino al final del Convenio lo que no permite seguir la calidad de estas actividades a lo largo del proyecto. Se prevé en PAC 5 que MPDL y el DS de Tahoua desarrollen juntos una metodología para medir los efectos de las sensibilizaciones¹⁴. Sería interesante utilizar esta encuesta para medir también el nivel de satisfacción de la población (y en particular de las mujeres en edad de procrear) en cuanto a las estructuras sanitarias.

Se podría haber definido indicadores adicionales para medir los efectos de las formaciones destinadas a las matronas, los Comités de higiene, las escuelas de maridos y los COGES. La evaluación intermedia del Convenio 06-C01-031 había propuesto indicadores de seguimiento de las actividades formativas que podrían utilizarse para este Convenio. Se trata de:

- **número de personas que comienzan la formación/ número de personas convocadas**
- **número de personas que terminan / número de personas que comienzan la formación**
- **número de personas que logran el curso/ número de personas que terminan el curso**
- **número de personas que aplican sus nuevos conocimientos/ número de personas que logran el curso**

¹⁴ Esta metodología no estaba todavía definida en el momento de la fase de terreno de la evaluación en julio de 2014.

¿Las fuentes de verificación son fiables, convenientes y de coste razonable? ¿Se les definió correctamente? ¿Son utilizadas por MPDL y los socios locales para hacer un seguimiento sistemático de las acciones?

Las fuentes de verificación de un gran número de indicadores son las estadísticas de los DS. Cada trimestre los DS reciben los datos sanitarios de los CSI que envían a nivel nacional. MPDL decidió aprovecharse de este sistema de información existente porque era una información trimestral pertinente para la gestión del proyecto y que reducía los costes del sistema de seguimiento de MPDL. Al solo tener que recoger la información con los DS, MPDL se ahorra el trabajo de colecta de información en terreno y disminuía los medios necesarios al seguimiento de las actividades.

Sin embargo, el análisis de los documentos a los cuales tuvieron acceso los evaluadores pone de manifiesto que los indicadores viniendo de los DS no se presentan siempre en los informes PAC o se presentan de manera global sin división por área sanitaria. La única excepción de presentación detallada es la de los 19 indicadores anuales del DS de Tahoua por áreas sanitarias en PAC 3. Ahora bien el marco lógico prevé enumerar los indicadores por área sanitaria, ya que la cifra global no puede utilizarse para seguir de manera pertinente el Convenio.

En la práctica, la información se genera en los CSI y las CS y se transmite a los DS pero los DS, principalmente el DS de Konni, se retrasan en la producción y difusión de los indicadores. Además los indicadores no son siempre fiables. Un ejemplo que el equipo de evaluación pudo comprobar es que Bazaga tiene un 100% de supervisión en 2013 mientras que los ASC del CS de Chetaou y Ambouta dijeron que no recibían una supervisión mensual.

Para mejorar el acceso a los datos, la Coordinadora Salud junior ayuda al epidemiólogo a tratar la información y calcular los indicadores. Pero la información disponible sigue siendo insuficiente y MPDL estableció en 2014 un sistema de fichas mensuales en los CSI y las CS para seguir la información sanitaria en terreno. Estas fichas cuentan con la información necesaria para calcular los 19 indicadores en relación con el objetivo 4 del marco lógico. Los responsables de los centros de salud se encargan de llenarlas y los animadores MPDL pasan mensualmente a buscarlas: se trata de un sistema de seguimiento que sigue siendo poco costoso y que permite tener una información más fiable que por el DS.

Otro problema encontrado durante la evaluación es que el archivado de los datos por MPDL es incompleto: el equipo MPDL de terreno solo pudo entregar a los evaluadores los datos sanitarios detallados del primer trimestre de 2013 de Gounfara y Konni y debió recurrir a los DS para generar la información de los otros años del Convenio y las otras áreas sanitarias.

→ Utilizar las estadísticas de los DS como fuentes de verificación debía permitir a MPDL una economía de medio y el acceso a una información trimestral pertinente para la gestión del proyecto. Sin embargo MPDL tiene dificultades a recibir los datos que no son siempre fiables, principalmente los del DS de Konni. Además MPDL no archiva correctamente la información recibida.

Además de los indicadores sanitarios, está previsto el seguimiento de indicadores de la siguiente manera:

- una encuesta al final de proyecto para medir el nivel de conocimientos de la población sobre la salud y el nivel de satisfacción de los COGES y CSI.
- una evaluación intermedia para medir la participación de las mujeres a los COGES y la utilización de la microplanificación por los COGES
- un seguimiento por parte de MPDL del funcionamiento de los sistemas de agua, saneamiento y gestión de los residuos apoyados por el Convenio

En la práctica, MPDL sigue la participación de las mujeres a los COGES y inserta este indicador en los informes anuales. Sin embargo, como se comentó en la tabla 5, el Convenio no aplicó una estrategia para favorecer la participación de las mujeres en el COGES. Así este indicador está seguido anualmente pero no mide una acción directa de MPDL.

MPDL habría también podido seguir anualmente la utilización de la microplanificación por los COGES. MPDL lo siguió durante la PAC 3, cuando se realizaron las actividades de fortalecimiento de la microplanificación. Luego, MPDL no lo siguió más y el equipo de evaluación constató que todos los COGES visitados no poseen microplanes para 2014 (3 de los 5 COGES encontrados no tienen microplan).

Finalmente estaba previsto que MPDL siga los sistemas de agua, saneamiento y gestión de los residuos otorgado a los CSI. MPDL debía realizar los informes de seguimiento de la construcción de las nuevas infraestructuras y del funcionamiento del conjunto de los sistemas de agua, saneamiento y gestión de los residuos de los 8 CSI. En la práctica, las fuentes de verificación a las cuales el equipo de evaluación tuvo acceso no son suficientes: faltan actas de donación de los sistemas y no hay información de seguimiento del funcionamiento de los sistemas.

En general, faltan fuentes de verificación de las actividades del Convenio, principalmente para las PAC 2 y 3. Faltan en particular las listas de los equipamientos (que los CSI y las CS pudieron proporcionar al equipo de evaluación), las listas de las personas formadas y el material utilizado para las formaciones. En PAC 4, la calidad de las fuentes de verificación disponibles en el informe anual aumentó mucho, y se incorporaron los informes de actividades de los DS. Los informes del DS de Tahoua proponen información interesante para la capitalización de la experiencia mientras que los informes del DS de Konni sólo presentan sucintamente el desarrollo de las actividades y no analizan las dificultades encontradas.

→ La compilación y el archivado de los indicadores de seguimiento del Convenio no se han realizado con el rigor necesario para tener una información detallada y utilizable en la gestión del proyecto. Hay una importante mejora desde 2013: MPDL incorporó todas las fuentes de verificación al informe anual de la PAC 4 y en junio de 2014 MPDL reclutó un RISE que tiene por tarea de definir y aplicar los sistemas de seguimiento de los programas MPDL en Níger.

Se podrían completar los mecanismos de verificación por un seguimiento trimestral:

- **del funcionamiento del 8 CSI centrándose en la utilización de los sistemas de energía y agua y en la situación de los equipamientos otorgados en salud primaria**
- **del funcionamiento de las maternidades rehabilitadas y construidas por el Convenio y la utilización de los equipamientos otorgados a las CS y a los CSI**
- **de la utilización del almacén construido para la gestión de las epidemias de Konni.**

Los animadores MPDL podrían realizar este seguimiento ya que pasan al menos una vez al mes en cada CSI. Los evaluadores constataron que los animadores conocen los problemas de funcionamiento de los CSI pero no hacen llegar la información al RP o al Jefe de Misión. Será necesario reforzar las competencias del equipo MPDL en recogida de datos cuantitativos y cualitativos. Todo el equipo de terreno debería seguir una formación para aprender a observar, preguntar y redactar informes sobre la información recogida. Esta formación no debería necesariamente ser un taller teórico sino que podría seguir un formato más práctico : el RISE organizaría la visita de un CSI con los animadores y el RP. Les explicaría in situ cómo recoger la información preguntando al jefe CSI, reuniéndose con las matronas y con clientas u observando directamente. No sería una formación puntual pero se repetiría cada 3 meses con el fin de mantener los conocimientos de los animadores actualizados.

3.2.6 Eficiencia

¿En qué medida se ejecutó el presupuesto del Convenio? ¿El tiempo se respetó de manera global? ¿Cuáles fueron las principales razones del retraso en la implementación de las acciones?

Los evaluadores estudiaron los informes financieros de la PAC 1 a la PAC 3 y la planificación financiera de las PAC 4 y 5. Para la PAC 4 analizaron también los datos

financieros del informe técnico que deberá ser validado por el informe financiero. De la PAC 1 a la PAC 3, 54% del presupuesto planificado se ha ejecutado.

Varias actividades planificadas en una PAC se pasaron a la PAC siguiente y se presupuestan pues dos veces. Es el caso por ejemplo de la construcción de la maternidad de Yaya que tenía una parte presupuestada en PAC 1 y que se pagó finalmente en su totalidad en PAC 2. Así mismo la maternidad de Eddir que se presupuestó en PAC 2, se presupuestó de nuevo en PAC 3. Así el porcentaje global de presupuesto ejecutado no refleja el grado de ejecución del Convenio. Es más interesante estudiar el porcentaje anual de ejecución presupuestaria: oscila entre 92% y 32% de la PAC 1 a la PAC 3.

Tabla 5. Comparación entre el presupuesto planificado y el presupuesto ejecutado

		Planificado	Realizado	Ejecución	Explicación de la diferencia
PAC 1	Acción 4	41.113€	37.830€	92%	Actividades realizadas a menor coste
	Acción 5	53.591€	19.116€	36%	El contrato con la empresa de construcción de la maternidad de Yaya se hizo en PAC 2
PAC 2	Acción 4	338.640€	244.446€	72%	Actividades realizadas a menor coste Letrinas construidas en 1 de los 5 CSI previstos. - Aducción de agua
	Acción 5	334.820€	143.558€	43%	Construcción de una maternidad sobre 2 planeadas - No hay rehabilitación de las salas de parto (3 previstas)
PAC 3	Acción 4	363.482€	215.438€	59%	No se construye el CSI de Konni
	Acción 5	206.248€	66.187€	32%	Retraso en la construcción de la maternidad de Eddir y en la realización de algunas actividades formativas - Actividades realizadas a menor coste
PAC 4	Acción 4	417.216€	303.218€	73%	Datos que deben validarse con el informe financiero final
	Acción 5	131.507€	134.135€	102%	Datos que deben validarse con el informe financiero final
PAC 5	Acción 4	277.888€			
	Acción 5	234.483€			

Algunas PAC tuvieron un bajo porcentaje de ejecución que se justifica principalmente por un retraso en las construcciones. Es el caso del CSI de Konni que no se acabó hasta la PAC 4 y se puso en funcionamiento en PAC 5 cuando estaba previsto en PAC 3. Otras construcciones también se retrasaron: las letrinas, la construcción de la maternidad de Eddir prevista en PAC 2 y puesta en servicio en PAC 4, la rehabilitación de las salas de parto planificada en PAC 2 y realizada en PAC 3.

El retraso en las construcciones esta relacionado a las dificultades encontradas por MPDL en el proceso de exención tributaria de las construcciones. Así a finales de 2010 el PAT (protocolo de acuerdo tipo) que regula las exenciones de las ONG en Níger expira sin que un nuevo PAT esté validado. Durante 2011 (PAC 2), el Ministerio de Fomento informa que, a falta de PAT, el antiguo PAT sigue siendo en vigor pero el Ministerio de Hacienda no reconoce esta información. A principios de 2012 (PAC 3), el Gobierno de Níger propone un nuevo PAT que no exonera a las ONG de las construcciones. MPDL se ve obligado a firmar este PAT para tener acceso a las otras exenciones incluidas en el PAT y seguir trabajando. Sin embargo paraliza las construcciones que había formulado eximidas de impuestos y cuyo coste no entra ya en el presupuesto.

Durante 2012, el OIRN que es el marco de concertación entre las ONG que trabaja en Níger intenta renegociar el PAT con el Gobierno pero a finales de 2012, la situación no evolucionando, MPDL decide agarrar a la OTC. Ésta recurre a la Embajada de España para solucionar este problema en mayo de 2013. La Embajadora se reúne con el Ministro de Hacienda y le expone el Acuerdo marco de Cooperación entre España y Níger que exime de impuestos la ayuda española. Tras negociaciones, se acepta finalmente la exención en noviembre de 2013 (final de la PAC 4).

→ El proceso de exención tributaria retrasó las construcciones previstas por MPDL. El problema no se solucionó antes del final de la PAC 4 y MPDL tuvo que cancelar algunas actividades de la PAC 4 para poder tener el presupuesto suficiente para la construcción del CSI sin exención tributaria. Las actividades canceladas en PAC 4 se reportaron para la PAC 5.

¿En qué medida se ejecutó el presupuesto de las cofinanciaciones del Convenio? ¿Se respetaron los tiempos planificados? ¿Cuáles fueron las principales razones del retraso en la implementación de las acciones?

El proyecto aprobado en diciembre de 2009 por el Ayuntamiento de Madrid¹⁵ comienza en marzo de 2010 pero su implementación sufre de los problemas de inseguridad en Níger. En 2010, el personal expatriado no puede ir en terreno para supervisar el trabajo y se reduce la realización de actividades en zonas aisladas, como las zonas de las casas de salud, debido a las normas de seguridad. Por eso, MPDL pide una reformulación del proyecto que se acepta en octubre de 2010, mientras que el Convenio comienza. MPDL elige modificar de forma importante el proyecto: se eliminan una serie de actividades inicialmente previstas que no forman parte de las actividades priorizadas por el Convenio (sensibilización sobre el paludismo, mutilación genital femenina y VIH/SIDA). Las construcciones previstas en las casas de salud se destinan a los CSI. La mejora de la coordinación entre los CSI y los DS se concentra sobre la creación del COGEPI y la construcción de un almacén de medicamentos. Así la reformulación permite volver este proyecto más coherente con la lógica del Convenio. La reformulación no modifica la financiación concedida por el Municipio y el presupuesto total del proyecto se mantiene a 446.237€ en vez de 469.090€ inicialmente. La ejecución presupuestaria se realiza correctamente con al final un importe ejecutado de 446.252€ y una financiación del Ayuntamiento de 200.014€.

El proyecto de la Diputación de Granada¹⁶ aprobado en diciembre de 2009 comienza en marzo de 2010. Encuentra los mismos problemas de inseguridad en Níger que el proyecto del Ayuntamiento de Madrid. Hace también frente a la reorganización de MPDL nacional y MPDL Granada: eso retrasa la implementación de las actividades. Por eso, MPDL solicita una reformulación del proyecto que se acepta en mayo de 2011. La subvención pedida a la Diputación permanece de 25.000€; y el importe total del proyecto disminuye a 63.443€. La reformulación tiene una ampliación de 10 meses de la duración del proyecto (hasta diciembre de 2011) y una modificación importante de las actividades: MPDL propone mejorar los sistemas de energías solares de 7 CSI pidiendo a Granada financiar los sistemas de 2 CSI (Toro y Eddir). Las instalaciones de los otros 5 CSI son financiados por Tragsa y se realizan al mismo tiempo que las instalaciones de Eddir y Toro. Los sistemas solares se instalan y fueron funcionales en diciembre de 2011. La encuesta de satisfacción de los usuarios y la supervisión de las instalaciones se realizaron en marzo de 2012. La modificación de las actividades de este proyecto no tuvo consecuencia sobre la ejecución del Convenio en su conjunto. Las actividades previstas inicialmente en el proyecto se financiaron finalmente con otras fuentes de financiación (principalmente AECID) y la instalación de los paneles solares en los CSI formaba parte de las actividades previstas en el Convenio en PAC 2.

El proyecto Tragsa¹⁷ aprobado en febrero de 2010 comienza en marzo de 2010 y termina en agosto de 2011 después de una ampliación de 6 meses. La construcción de la maternidad se retrasó por 3 razones principales: (1) la lentitud de la Dirección del Urbanismo para otorgar las licencias de obras; (2) el cambio de política del Gobierno de Níger que pide el pago del IVA y obliga a negociar detenidamente su exención; (3) dificultades encontradas con el médico-jefe del DS de Konni. Finalmente MPDL se ve obligada a construir la maternidad sin exención del IVA para no retrasar más el proyecto, manteniendo al mismo tiempo la financiación de Tragsa a 40.561€. El hecho de deber terminar el proyecto en el tiempo convenido con Tragsa permitió construir la maternidad de Yaya a partir de la PAC 2 mientras que la maternidad de Eddir sólo se construyera el

¹⁵ Nombre del proyecto: Fortalecimiento de la atención en salud básica y reproductiva del sistema sanitario público de tres municipios rurales del Distrito de Birni N' Konni.

¹⁶ Nombre del proyecto: Mejora de la salud primaria y materno-infantil de los/las habitantes de los municipios de Gounfara y Alléla (Distrito de Birni N'Konni, Níger).

¹⁷ Nombre del proyecto: Mejora de la salud materno infantil del área sanitaria de Yaya, Departamento de Birni N' Konni.

año siguiente y finalizará en PAC 4, ya que debió esperar que MPDL solucionara el problema de exención del IVA.

El proyecto de Tragsa aprobado a principios de 2011¹⁸ comienza en marzo de 2011. Dura los 12 meses planificados, alcanza el presupuesto inicial y realiza las actividades previstas que es la mejora de los sistemas solares de Alella, Bazaga, Gounfara, Yaya y Taza. Este proyecto se realiza al mismo tiempo que las actividades del proyecto de la Diputación de Granada que apoya la mejora del sistema eléctrico de 2 otros CSI de la zona de intervención del Convenio.

El proyecto WFA aprobado en 2011¹⁹ comienza en abril de 2011 y dura los 9 meses planificados inicialmente. Las aducciones de agua se realizaron correctamente utilizando el presupuesto previsto. Son actividades que permiten completar las acciones del Convenio.

El proyecto WFA presentado en 2012²⁰ comienza en abril de 2013 y dura los 9 meses planificados inicialmente. El importe final del proyecto fue de 12.036€. Estaba previsto inicialmente aprovecharse del pozo existente en el CSI de Yaya y añadirle un sistema de bombeo solar. Sin embargo los Servicios Técnicos de la Dirección Departamental de Konni finalmente pidieron cavar un nuevo pozo con las especificaciones necesarias para poner una bomba sumergida. Estos costes adicionales fueron financiados por el Convenio.

→ Los tres proyectos formulados antes del Convenio sufrieron modificaciones durante su implementación. Se han reformulado los proyectos financiados por Madrid y Granada y se pidió una ampliación de 6 meses para el proyecto de Tragsa 2010. Eso se debe en gran parte a la inestabilidad que Níger vivió en 2010 (golpe de Estado y fuerte presencia de AQMI). La reformulación de los proyectos de Madrid y Granada permitió definir actividades que completaban mejor el Convenio. Así pues, el conjunto de los proyectos de cofinanciación apoyaron la implementación del Convenio: llevaron a cabo actividades previstas en el marco lógico del Convenio y se completaron el uno con el otro para contribuir a obtener los resultados del Convenio en Níger.

¿Qué mecanismos MPDL definió para garantizar costes y tiempo en adecuación con las actividades y los resultados fijados?

MPDL elaboró un manual de gestión contable y financiera en julio de 2011 que se revisó en noviembre de 2011. Este manual presenta todos los procedimientos MPDL en relación con la gestión de los presupuestos en Níger, teniendo en cuenta las exigencias de los financiadores de MPDL y adaptándose a la realidad nigeriana.

Para compras estrictamente inferiores a 500.000F, el procedimiento es el de la compra directa a partir de la lista de proveedores con los cuales MPDL suele trabajar. El personal MPDL presenta la demanda al responsable administrativo local indicando las características de los productos que desea y proponiendo por lo menos 3 facturas proforma de proveedores. El responsable administrativo valida la demanda, emite el cheque y pide al chofer de hacer la compra. La principal dificultad encontrada para estas compras es que muchos proveedores se niegan a dar facturas proforma porque no desean transmitir su número fiscal. Es por eso que MPDL trabaja con una lista de proveedores. La mayoría de las compras de funcionamiento entran en este esquema.

Por importes superiores a 500.000F, los procedimientos difieren entre las prestaciones de servicios y las construcciones como se presenta en el siguiente cuadro:

Tabla 6. Procedimientos de compra de servicios y de construcciones

Procedimientos	Servicios	Construcciones
Compra directa con orden de pedido	De 500.000 a 999.999F (De 762 a 1.524 €)	De 500.000 a 4.999.999F (De 762 a 7.621 €)

¹⁸ Nombre del proyecto: Implementación de un sistema de abastecimiento de energía eléctrica renovable en 5 centros de salud de Birni N' Konni y Tahoua, Níger

¹⁹ Nombre del proyecto: Acceso al agua potable de 3 centros de salud en Níger

²⁰ Nombre del proyecto: Mejora del acceso al agua potable en el centro de salud de Yaya, Departamento de Birni N'Konni.

Procedimientos	Servicios	Construcciones
Consulta restringida Invitación al menos a 3 proveedores y selección por una comisión interna	De 1.000.000 a 4.999.999F (De 1.525 a 7.621 €)	De 5.000.000 a 9.999.999F (De 7.622 a 15.244 €)
Concurso regional Publicación de los TDR/DAO en los medios de comunicación regionales y selección por una comisión	No aplicable	De 10.000.000 a 49.999.999F (De 15.245 a 76.220 €)
Concurso nacional Publicación de los TDR/DAO en los medios de comunicación nacionales y selección por una comisión	A partir de 5.000.000F (A partir de 7.622 €)	A partir de 50.000.000F (A partir de 76.221 €)

El manual no define quien debe formar parte de la comisión de selección del proveedor. Se especifica solamente que el Jefe de Misión y la sede en Madrid deben validar la selección del proveedor por importe superior a 5 millones de FCFA. En la práctica los miembros de la comisión no eran siempre los mismos: el Ingeniero MPDL era el único representante de MPDL, mientras que en otros casos estaban presentes el RP y el Administrador. Los otros miembros de la comisión variaban en función del contrato: había por lo menos un representante del DS y un representante del municipio intervenido.

El análisis más detallado de los procesos de selección de las construcciones pone de manifiesto que la mayoría de las construcciones del Convenio superan los 5 millones de FCFA: en estos casos, la selección de la empresa responsable del contrato se hizo por consulta restringida o concurso.

Histórico de los contratos de las principales construcciones del Convenio (por un importe superior a 5 millones de FCFA todo incluido)

Mayo 2011: Construcción de la maternidad de CSI de Yaya

Empresa SABAB -16,2 millones - Cofinanciación Tragsa

MPDL lanzó un concurso nacional: 10 empresas se presentaron. La empresa seleccionada fue lenta para dar la documentación administrativa que debía completar el contrato y MPDL tuvo que elegir la segunda en la lista.

Sept. 2011: Sistemas de energía solar de CSI de Yaya, Bazaga, Gounfara y Allela

Empresa KANF- ELECTRONICS -16,2 millones - Cofinanciación Tragsa

MPDL lanzó un concurso nacional: 5 empresas se presentaron pero se rechazaron 4 por falta de documento. La empresa elegida hizo correctamente el trabajo.

Sept. 2011: Sistemas de energía solar de CSI de Eddir, Toro y Taza

Empresa KANF- ELECTRONICS -13,5 millones - Cofinanciación Diputación de Granada

MPDL lanzó un concurso nacional: 4 empresas se presentaron pero se rechazaron 3 por falta de documento. La empresa elegida hizo correctamente el trabajo.

Diciembre 2011: Aducción de agua de CSI de Eddir y Toro

Empresa SEPA - 6,5 millones – Cofinanciación WFA

MPDL llevó a cabo una consulta restringida invitando a 3 empresas de Tahoua: una empresa no se presentó y una segunda no proporcionó todos los documentos. Por eliminación es la tercera que ganó el mercado.

Enero 2012: Transformación de un edificio en maternidad en Allela

Empresa HAMDALLAH - 8 millones – AECID

MPDL llevó a cabo una consulta restringida para este mercado. El equipo de evaluación no tuvo acceso a las actas de selección de la empresa.

Enero 2012: Construcción de la pequeña maternidad de Gounfara

Empresa Oumarou Mamane – 8 millones – AECID

MPDL llevó a cabo una consulta restringida para este mercado. El equipo de evaluación no tuvo acceso a las actas de selección de la empresa.

Julio 2012: Construcción de la maternidad de Eddir

Empresa Oumarou Mamane – 30,5 millones – AECID

MPDL lanzó un concurso nacional: 3 empresas se presentaron. Dos mostraron la experiencia suficiente para analizar su oferta. Se seleccionó la oferta más barata. El trabajo se realizó convenientemente.

Julio de 2012: Construcción de las letrinas de CSI de Taza

Empresa SEPA – 5,8 millones – AECID

MPDL llevó a cabo una consulta restringida para este mercado. El equipo de evaluación no tuvo acceso a las actas de selección de la empresa.

Julio 2013: Construcción del CSI de tipo 2 de Konni

Entreprise Laminou Abdou – 134 millones – AECID

MPDL lanzó un concurso nacional: 5 empresas se presentaron. Tres empresas proporcionaron la documentación satisfactoria para que se pueda analizar su oferta. Un oferta se declaró finalmente no conforme. De las dos últimas empresas, se seleccionó la oferta más barata. Una sociedad de consultoría supervisó el trabajo con el apoyo de los servicios técnicos del municipio de Konni.

Agosto de 2013: Rehabilitación de la maternidad de Taza

Empresa Tamgak - 6,9 millones - AECID

MPDL llevó a cabo a una consulta restringida invitando a 6 empresas: 2 se presentaron. Se seleccionó la oferta más barata. La Dirección Regional del Urbanismo realizó la supervisión del trabajo. La construcción se retrasó y obligó MPDL a un emplazamiento. La construcción se terminó con retraso.

MPDL ha favorecido los concursos nacionales o los procedimientos de consulta restringida. Los contratos que estaban en el tramo de 5 a 10 millones de FCFA siguieron el procedimiento de consulta restringida y no de concurso regional. Eso puede explicarse por el hecho de que la región de Tahoua tiene pocas empresas y que MPDL conocía a

las empresas de la región. Sin embargo eso significa que, en estos casos, no se siguió el procedimiento del manual MPDL.

Además estaba previsto en el manual que: “Si en una consulta restringida, quedan menos de tres empresas conformes, se tendrá que repetir el procedimiento completo.” Ahora bien en el proceso de aducción de agua de CSI de Eddir y Toro, una única empresa fue conforme y se validó así el proceso. La situación fue similar con el proceso de selección de la empresa que debía rehabilitar la maternidad de Taza. En los dos casos restantes de consulta restringida, los evaluadores no tuvieron acceso a las actas de selección. En dos concursos nacionales, MPDL se enfrentó también a una falta de empresas cualificadas: así para los dos lotes de instalación de energía solar, una única empresa fue conforme y así ganó los dos mercados.

Hasta enero de 2013, MPDL tenía un ingeniero a tiempo completo responsable del seguimiento de las obras: redactaba los DAO, formaba parte de la comisión de selección y supervisaba el trabajo de las empresas. Cuando el ingeniero se fue en enero de 2013, MPDL decidió no sustituirlo y apoyarse en consultorías privadas, servicios de Estado y servicios técnicos municipales. Unas consultorías revisaron los DAO del CSI de Konni y elaboraron los DAO de la rehabilitación de la maternidad de Taza. La Dirección Regional del Urbanismo formuló los DAO de la construcción del CSI de Kawara en 2014.

En cuanto a la supervisión de las obras, una consultoría supervisó de manera constante la construcción de CSI de Konni. Esta supervisión fue reforzada por visitas frecuentes de los servicios técnicos municipales de Konni. La Dirección Regional de la Hidráulica supervisó la puesta en agua del pozo de Yaya (2-3 semanas de trabajos para un presupuesto de 2 millones de FCFA). MPDL inicialmente pidió una supervisión a la Dirección Departamental de la Hidráulica de Konni que propuso un presupuesto extremadamente elevado y MPDL pidió apoyo a la Dirección Regional de la Hidráulica a Tahoua: a pesar de todo, la supervisión representa un importe igual al 20% de la obra realizada. Finalmente la Dirección Regional del Urbanismo apoyó la supervisión de las obras desde el principio del proyecto. Supervisó la rehabilitación de la maternidad de Yaya en 2011, la construcción de la maternidad de Eddir en 2012, la rehabilitación de la maternidad de Taza en 2013. Hizo visitas quincenales para comprobar la calidad de las obras y verificar el avance de las obras. Para la rehabilitación de la maternidad de Yaya, la Dirección Regional del Urbanismo participó a todas las supervisiones y pidió un presupuesto que representa 3% del importe de la obra lo que puede considerarse como un importe coherente.

En cuanto a servicios, las compras más importantes son las dotaciones de material y medicamentos. La mayoría de estas compras tienen importes inferiores a 5 millones de FCFA y MPDL procedió con consultas restringidas a partir de la lista de proveedores de la que dispone, velando por recibir al menos tres facturas proforma bajo pliego cerrado. Sabiendo que la mayoría de las compras de material y medicamentos se destinaba a los centros de salud, los DS participaron a la comisión interna con el administrador MPDL de Tahoua y el RP. La comisión se llevaba a cabo a Tahoua o a Konni en función del DS beneficiario. Luego la comisión enviaba las actas de la reunión de selección del proveedor a Niamey para su validación. Los criterios de selección del proveedor son: el precio, la garantía del artículo, la validez de la oferta y el plazo de entrega. Así no es siempre el proveedor más barato que se eligió sino que MPDL ha también tenido en cuenta la calidad del producto. Los evaluadores constataron que el material recibido por los centros de salud es de buena calidad. Las empresas seleccionadas han sido pertinentes. Para las compras superiores a 5 millones de FCFA, MPDL lanzó concursos nacionales y publicó los TDR antes de reunir a la comisión interna siguiendo el mismo proceso que para la consulta restringida.

En los gastos de servicios, MPDL tuvo también formaciones. Según la información disponible, estos presupuestos son siempre inferiores al millón de FCFA. Todos los pagos siguieron el procedimiento de compra directa descrito más arriba. Los costes de formación incluyen dietas y costes de transporte, sabiendo que generalmente los DS y la DRSP ponen sus formadores a disposición de MPDL. Es por eso que es pertinente analizar con detalle los mecanismos de asignación de dietas.

El acuerdo de colaboración entre MPDL y los DS estipula un importe de dietas que sigue las directivas del Ministerio de Salud y se define en función del trayecto y el cargo de la persona. Las dietas se dan en caso de desplazamientos necesarios para formaciones o actividades sanitarias (salidas foráneas, estrategias móviles). Así los agentes de salud y los miembros de las comunidades que están formados fuera de su pueblo reciben dietas. Las dietas de los actores comunitarios se alinean sobre las de los agentes de salud comunitarios. Para formaciones realizadas por los DS o la DRSP, MPDL entrega el presupuesto global al DS que es responsable de distribuir las dietas a los participantes a las formaciones. Los participantes reciben un anticipo el primer día de la formación y el remanente al final de la formación. Los DS distribuyen las dietas así para asegurarse que los beneficiarios reciban las dietas solamente si participan a toda la formación. El administrador MPDL pasa durante estas formaciones para supervisar la buena gestión de los fondos y controlar la distribución de dietas.

→ MPDL se enfrentó a una baja participación de las empresas en los procesos de selección de las construcciones. Eso se explica por el escaso número de empresas calificadas en Níger. Por otra parte, no se siguió siempre el manual de procedimientos y se firmaron algunos contratos a través de consultas restringidas cuando los importes exigían concursos regionales. Otra línea presupuestaria importante es la de las dietas. Pasa generalmente por los gestores de los DS y esta supervisada por el administrador MPDL. Finalmente el manual de procedimientos de compra podría ser más específico sobre los miembros de la comisión de selección de los proveedores lo que permitiría estandarizar estas comisiones que es un momento crítico en los mecanismos de gestión de los fondos.

¿En qué medida los mecanismos de ejecución de los presupuestos por los socios locales están apropiados y coordinados con MPDL? ¿Debieron ser adaptados?

Los DS implementaron la mayoría de las formaciones respetando, de manera global, los plazos. Sin embargo, algunas formaciones debieron aplazarse porque los formadores no estaban disponibles. El Ministerio de Salud permite que las formaciones se asignen a consultores externos u ONG con una experiencia reconocida en el ámbito pero los DS desean que MPDL trabaje con los formadores de la DRSP que son pocos y no pueden siempre realizar las formaciones a tiempo.

MPDL debe a menudo negociar con los DS los presupuestos de las formaciones porque las dietas acordadas entre MPDL y los DS son inferiores a las de otras organizaciones. A cada validación de TDR de formaciones, los DS piden a MPDL aumentar las dietas, MPDL debe negociar y el trabajo se retrasa. Además el DS de Konni pide que los beneficiarios de sensibilizaciones reciban también dietas, aunque la formación tenga lugar en su pueblo lo que no responde a las directivas ministeriales y no está de acuerdo con la política de MPDL. Por su lado, la validación del contenido técnico no se discute : se ajusta a las normas del Ministerio de Salud.

Por último, como ya se mencionó en este informe, MPDL debe realizar desembolsos mensuales cuando los desembolsos debían inicialmente ser trimestrales. MPDL tomó esta decisión para ejercer un mejor control sobre la gestión de los fondos. En efecto, los DS (principalmente el DS de Konni) no dan los justificantes a tiempo y MPDL debe seguir constantemente el gestor para garantizar un manejo de los fondos conforme a las exigencias del AECID. Esta falta de apropiación de los DS obliga MPDL a destinar recursos humanos suplementarios al seguimiento de la ejecución de los fondos.

→ De manera general los DS realizaron las actividades en los plazos previstos pero MPDL debió adaptar los mecanismos de implementación reforzando su participación en el seguimiento y la gestión de los fondos. Las dietas son un punto también de tensión entre MPDL y los socios que retrasa las actividades. Se aplazaron algunas formaciones de la PAC 4 a la PAC 5 ya que los formadores no estaban disponibles.

¿En que medida los recursos MPDL en terreno se utilizan de manera óptima en la gestión del proyecto? ¿Qué adaptaciones debieron ser necesarias?

En la zona de intervención, el equipo MPDL tiene importantes recursos humanos que permiten apoyar y reforzar las actividades del DS. El equipo está compuesto por un RP,

una Coordinadora Salud, 2 animadores y medio y un administrador y medio. El equipo no ha siempre estado organizado de esta manera. Como ya se comentó, hasta enero de 2013, MPDL disponía de un Ingeniero responsable de la supervisión de las construcciones. A la salida del ingeniero, MPDL decidió no sustituirlo y optar por la subcontratación de consultorías para la supervisión de las construcciones. Cuando hay numerosas construcciones, la subcontratación es más costosa que la contratación de un ingeniero a tiempo completo pero eso permite limitar los riesgos de corrupción.

Se ajustó también al personal que trabajaba en la justificación de los fondos pasando de un administrador a tiempo completo en Konni a un administrador a media jornada en Konni. Esta reducción de personal no ha disminuido la calidad de los informes financieros, así que MPDL mejoró su eficiencia en justificación de fondos. Sin embargo la verificación de los fondos sigue movilizando muchos recursos humanos : el RP dedica mucho tiempo a verificar los informes financieros que están controlados de nuevo por el administrador de Niamey y luego por el departamento financiero de la sede de MPDL en Madrid. Los administradores trabajan con cuadros Excel y no tienen programas informáticos de contabilidad, lo que conduce a veces a errores. MPDL previó instalar un programa informático de contabilidad para acelerar la justificación de los fondos y garantizar una mejor gestión.

En cuanto a los animadores, apoyan el desarrollo de las actividades: movilización de los participantes, supervisión de las formaciones, recogida de información de seguimiento y elaboración de informes. Al principio de proyecto eran dos: uno en Tahoua y uno en Konni. Hoy son dos y medio: uno a Tahoua y uno y medio a Konni. En 2013, el nuevo RP juzgó que los animadores no estaban suficientemente presentes en terreno. Estableció con la Coordinadora Salud unas supervisiones semanales para seguir el trabajo de cada uno y garantizar una utilización más adecuada de los recursos humanos. Hoy en día los animadores realizan visitas frecuentes en el terreno pero deben mejorar el seguimiento y la elaboración de informes porque no informan de todos los problemas, en particular los problemas de mantenimiento de las infraestructuras otorgadas por el proyecto.

El puesto de Coordinador Salud existe desde el principio del Convenio. La Coordinadora Salud actual debe supervisar los animadores y revisar las herramientas de formaciones y los informes. En la práctica, se concentró en la supervisión de los animadores y dejó de lado la revisión de las formaciones. Son los animadores que revisan el material de las formaciones con los DS, cuando es la Coordinadora Salud que es la experta en salud. El material de formación de los agentes de salud esta definido por los DS y no puede ser modificado por MPDL. Sin embargo la Coordinadora Salud podría hacer el seguimiento postformación de los agentes de salud: normalmente son los formadores que deben hacerlo pero en la práctica se sobrecargan de formación y no realizan la postformación. Los agentes de salud necesitan estar seguidos por un experto en salud con el mismo perfil que el de la Coordinadora Salud de MPDL. De la misma manera, podría participar más activamente en la definición de los mensajes de sensibilización y en la estrategia de acción de MPDL.

MPDL debió también adaptarse al aumento de la inseguridad en la zona de intervención y nacionalizó algunos puestos: es el caso del Jefe de Misión que no pudo reclutarse sino 5 meses después de la salida del anterior Jefe de Misión expatriado. Así mismo MPDL no pudo supervisar las actividades en terreno debido a los riesgos de secuestros en la zona de intervención. Finalmente MPDL adaptó algunas actividades al nuevo contexto. Las sesiones de teatro que se hacían de noche cuando toda la población estaba disponible se desplazaron en la tarde lo que disminuyó la asistencia. MPDL debe también tener informado al Prefecto con 48 horas de anticipación de sus desplazamientos en coches en el DS de Tahoua, lo que no permite cambios de programas en el último momento. Finalmente los desplazamientos de expatriados deben programarse con anticipación y hacerse con una escolta militar lo que aumenta los costes de supervisión y disminuye la facilidad de desplazamientos.

→ MPDL debió adaptarse a un contexto de inseguridad y hacer cambios de personal. El RP estableció mecanismos para mejorar la distribución de las cargas de trabajo y garantizar una mejor utilización de los recursos humanos. La instalación de un sistema de contabilidad es un punto pertinente para mejorar la justificación de los fondos y descargar el RP. Es también importante aumentar la participación de la Coordinadora Salud en la revisión de los materiales de

sensibilización y en el análisis de las estrategias para aprovechar sus conocimientos técnicos en salud.

Lo que hay que retener de los procesos y de la gestión de las acciones 4 y 5 del Convenio

MPDL se enfrentó a factores externos que retrasaron las actividades: el proceso de exención tributaria retrasó las construcciones y MPDL debió adaptarse a un contexto de inseguridad, reclutando sólo personal de origen subsahariana en Níger. MPDL supo adaptarse a estas dificultades, consiguió recuperar el retraso y mantuvo un ritmo de implementación de las acciones que le permitirá respetar los presupuestos y los tiempos inicialmente planificados.

Sin embargo el DS de Konni tiene dificultades a seguir las exigencias de justificación de los fondos y de seguimiento de los indicadores, y la coordinación con este DS sigue siendo caótica. MPDL no llega a establecer reuniones mensuales que habrían podido formar parte de las negociaciones iniciales del Convenio y tenerse en cuenta en el acuerdo de colaboración. Sería también interesante incorporar a los jefes de pueblo al Convenio pero eso pide un análisis de la distribución de las responsabilidades tradicionales y de los mecanismos de toma de decisiones en los pueblos de la zona de intervención.

Los mecanismos de seguimiento del Convenio fueron insuficientes. MPDL está formalizando la coordinación interna del Convenio pero se necesita todavía revisar los mecanismos de rendición de cuentas y de archivado ; sobre todo porque la rotación del personal es importante. Hasta la PAC 5, MPDL se apoyó casi exclusivamente en las estadísticas de los DS que tienen baja fiabilidad y que son difíciles a obtener.

El sistema de indicadores de seguimiento que el RISE está actualmente elaborando para seguir el Convenio podría incluir indicadores de seguimiento de los procesos y de la gestión del Convenio (además de los indicadores actuales de impacto), como, por ejemplo, la justificación de los fondos por los DS o la participación de MPDL en los espacios de coordinación del DS.

3.3 Análisis de los resultados de la intervención en Níger

3.3.1 Eficacia de la intervención en Níger

La evaluación de la eficacia de la intervención en Níger tiene por objeto evaluar en qué medida se obtuvieron los resultados y si los objetivos específicos pueden lograrse. El equipo de evaluación eligió centrar la evaluación de la eficacia en la realización de las actividades más que sobre el alcance de los indicadores de seguimiento. En efecto como ya se comentó, los indicadores de resultados no son siempre fiables. En anexos, se encuentran también fichas sintéticas que presentan las acciones realizadas por MPDL en cada área sanitaria.

¿En qué medida el resultado “OE4.R1. La calidad clínica y la cobertura de los cuidados de salud básica son mejorados” ha sido alcanzado?

Este resultado se elaboró entorno a la construcción del CSI urbano de Konni, de la electrificación de los CSI, del equipamiento de los CSI y de la formación de los agentes de salud en salud básica.

La construcción del CSI representaba 65% de los fondos planificados para este resultado. El CSI se construyó y funciona desde julio de 2014 con un equipo de 32 agentes de salud. La construcción fue supervisada por el COGES y los técnicos del Ayuntamiento de Konni : es de buena calidad.

Se instalaron los sistemas fotovoltaicos en 7 CSI y se conectó el CSI de Konni a la red. Actualmente todos los sistemas fotovoltaicos no funcionan correctamente. De los 6 CSI visitados por los evaluadores, 4 siguen teniendo problemas de electricidad por distintas razones. El sistema fotovoltaico que MPDL dio al CSI de Yaya no funciona desde hace

varios años, el jefe del CSI de Gounfara utiliza el sistema para su casa en vez de iluminar la maternidad, el de Toro ya no es útil porque las bombillas no se sustituyeron y el de Eddir funciona pero no es suficientemente potente para iluminar la maternidad construida por MPDL.

MPDL dio también equipamientos sanitarios a los 8 CSI y a las casas de salud. Los agentes consideran estos equipamientos de buena calidad y pertinentes. Sin embargo, es necesario destacar el problema encontrado con los equipamientos de CSI de Konni. Konni ya contaba con un CSI antes del inicio del Convenio. Este CSI no podía hacer frente a las necesidades del área sanitaria: MPDL y el DS de Konni decidieron construir un segundo CSI para el área de Konni. El primer CSI recibió equipamientos por parte de MPDL en PAC 2 (2011). Se construyó el segundo CSI en PAC 3 y se equipó en PAC 4. Cuando el segundo CSI empezó a funcionar, el DS de Konni decidió cerrar el antiguo CSI en junio de 2014, pero ante las presiones de la población, el DS tuvo que abrir de nuevo el antiguo CSI en julio de 2014. En la visita de terreno en julio de 2014, el equipo de evaluación ha constatado que todos los equipamientos MPDL desaparecieron del antiguo CSI y no se dieron al nuevo CSI. El DS de Konni no estuvo en condiciones de decir donde estaban estos equipamientos ni de dar explicaciones. En cuanto al equipamiento del nuevo CSI, éste contaba con los equipamientos del antiguo CSI que el DS había previsto cerrar (sin comentarlo con MPDL). En julio de 2014, el CSI carecía de material para poder funcionar correctamente. Sabiendo que tenía solo un mes de funcionamiento en el momento de la evaluación, es posible que MPDL haya solucionado este problema durante la PAC 5 o que haya sensibilizado el DS para que presupueste este material para el PAA de 2015.

Finalmente se ejecutaron las formaciones de los agentes en salud básica, principalmente con formaciones en PCIME que son muy apreciadas por el personal sanitario. Los animadores MPDL realizan el seguimiento postformación pero no tienen las competencias para hacerlo y sería más pertinente que el seguimiento postformación se haga por un miembro del DS o si debe hacerse por MPDL, que sea por la Coordinadora Salud junior. La mayoría de las formaciones MPDL se organizaron en la temporada de lluvias cuando la frecuentación de los centros de salud es menor ya que la población debe trabajar en los campos y sólo va en el centro de salud en caso de necesidad extrema. Así las formaciones se organizaron a un período pertinente.

A partir de la PAC 2, MPDL añade al resultado OE4.R1 una actividad de supervisión de las casas de salud por los jefes CSI. Los CSI deben supervisar las casas de salud una vez al mes. Según la información recogida durante la evaluación, los CSI realizan correctamente las reuniones mensuales a excepción de Bazaga que sólo visita las CS cada 2-3 meses. Eso puede explicarse por el hecho de que el CSI de Bazaga tiene numerosas casas de salud que supervisar.

→ De manera general, las actividades se han realizado según lo previsto. Le CSI de Konni se construyó y empezó a funcionar; se formaron los agentes de salud; los CSI y las CS recibieron equipamientos pertinentes y de buena calidad. Sin embargo, hubo una falta de seguimiento de los sistemas solares establecidos durante el Convenio y algunos CSI no tienen luz para recibir a los pacientes de noche.

¿En que medida el resultado “OE4.R2. La gestión y la participación comunitarias son reforzadas en 8 centros de salud” se ha alcanzado ¿

Este resultado se formuló en torno a dos actividades: el apoyo a la renovación de los COGES de los CSI y la formación de los miembros de los COGES de los CSI.

MPDL apoyó la celebración de elecciones de los COGES en 2011. Sin embargo los COGES encontrados no tuvieron en cuenta las recomendaciones de incorporar mujeres. Como ya se mencionó en este informe. MPDL formó también los COGES sobre sus roles y los animadores MPDL pasan regularmente en los CSI para seguir los COGES. Los evaluadores constataron que los COGES saben citar sus papeles que consideran ser:

- trabajar de manera voluntaria
- hacer el vínculo entre los jefes CSI y la población y realizar reuniones de seguimiento mensual con el jefe CSI

- participar en la gestión financiera del CSI (percepción del dinero, compra de los medicamentos, entrega de los ingresos al banco)
- supervisar el material, los productos, y los equipamientos del CSI y garantizar que el CSI funcione bien,
- apoyar las actividades de vacunación informando y movilizando a la población
- hacer las reuniones de sensibilización

En la práctica, todos los COGES no funcionan de la misma forma. Así algunos se reúnen todos los meses y trabajan en estrecha colaboración con los agentes de salud mientras que otros se reúnen rara vez. Las diferencias de funcionalidad de los COGES tienen distintas causas que sería necesario analizar con un estudio de la gobernanza de los órganos comunitarios de salud. Los aspectos siguientes parecen influir:

1. La reconducción de los COGES. MPDL sensibilizó los COSAN para que elijan un COGES cada 3 años. Sin embargo en algunos casos, se repiten varias veces las mismas personas. Es el caso del CSI de Bazaga o CSI de Toro. Parece que, en esta situación, los COGES están menos activos y realizan pocas actividades. Al contrario, los COGES que tienen miembros con 3 años o menos de función parecen ser activos como, por ejemplo, los COGES del CSI de Eddir y del CS de Kawara.
2. El pueblo de origen de los miembros del COGES. Los miembros del COGES pueden ser representantes de distintos pueblos del área sanitaria. Es el caso del CSI de Bazaga y de Yaya. Parece que en esta situación el COGES tiene dificultades para reunirse todos los meses. Los que vienen de pueblos distantes piden al COGES pagar sus gastos de transporte y como éste no lo hace, no vienen a las reuniones.
3. La relación con el jefe CSI. Los jefes CSI participan a las reuniones del COGES y su implicación y motivación parece esencial para que el COGES funcione correctamente. Algunos COGES como el de Bazaga y de algunas casas de salud se compadecieron de la escasa implicación del agente de salud en las reuniones.

Finalmente MPDL formó a los jefes CSI en microplanificación en 2012 para que puedan acompañar los COGES en la elaboración de los microplanes. Actualmente los resultados son mitigados: 3 de los 5 COGES encontrados no elaboran microplanes.

→ Los COGES y los COSAN recibieron apoyos de MPDL y se reforzaron gracias al proyecto. Conocen sus roles y se reúnen con regularidad con los responsables de los CSI. Sin embargo las mujeres participan pocas veces a los Comités y los microplanes no están siempre elaborados.

¿En que medida “OE4.R3. La población aumenta sus conocimientos y buenas prácticas en materia de salud básica” ha sido alcanzado ?

Este resultado contemplaba la realización de animaciones de sensibilización y la emisión de mensajes radios. Los temas de los dos canales de sensibilización eran: (1) los medicamentos de la calle y la importancia de acudir al centro de salud: (2) la prevención de las enfermedades hídricas.

Los mensajes de sensibilización por la radio se emitieron siguiendo la planificación. Sin embargo los evaluadores constataron que ninguna persona entrevistada dijo haber oído estos mensajes. Las personas entrevistadas retuvieron bien los mensajes sobre la salud reproductiva pero no citaron los mensajes sobre los medicamentos, sobre la importancia de acudir al centro de salud o sobre las enfermedades hídricas. Todos estos mensajes se emitieron durante los mismos años en 2012, 2013 y 2014 pero los períodos de emisión durante el año variaron. Los mensajes radio están escuchados más atentamente durante la temporada seca cuando la gente no tiene actividades campestres.

En cuanto a las animaciones de sensibilización sobre las enfermedades hídricas, se crearon comités de higiene en cada CSI, se formaron y realizaron sensibilizaciones en los pueblos. Estas actividades han parado y hoy en día los comités de higiene se responsabilizan sobre todo de la limpieza del CSI.

Las sensibilizaciones sobre los medicamentos y la importancia de acudir al centro de salud se llevaron a cabo por una compañía de teatro: pasa en los pueblos y juega

escenas que ponen en situación estas problemáticas. Distintas personas entrevistadas hablaron de estas animaciones que se realizaron en los pueblos con CSI, en los pueblos con casas de salud y en pueblos sin estructura sanitaria. Por restricciones de seguridad, esta actividad debe realizarse en la tarde lo que limita la asistencia. Además MPDL realiza a veces esta actividad en temporada de lluvias (como es el caso en 2014) mientras que la población está ocupada en el campo.

MPDL formó también los COGES para que sensibilicen la población. Como los miembros de los COGES son sobre todo hombres, sensibilizaron principalmente a los hombres durante ceremonias y a la mezquita pero pudieron también hacer sensibilizaciones mixtas. Recomendaron a los hombres de permitir a sus mujeres de acudir al centro de salud. Las mujeres están sensibilizadas en salud reproductiva por las matronas como se verá en el análisis de la acción 5.

Desde 2014, MPDL creó también escuelas de maridos, una metodología que tiene por objeto sensibilizar los hombres por los hombres. Es eficaz ya que en la sociedad nigeriana las mujeres no pueden acudir al centro de salud si el marido no da su permiso, pero los miembros más activos de los COGES integraron las escuelas de maridos y algunos COGES pararon las sensibilizaciones porque las escuelas de maridos las hacen. Es el caso de los COGES de Eddir, Yaya y Toro. MPDL deberá vigilar que las escuelas de maridos no tomen el lugar de los COGES.

→ Esta evaluación no permite medir si la población de la zona de intervención aumentó sus conocimientos en salud básica, lo que debería hacerse a través de un estudio que se realizará en PAC 5 con el apoyo del DS de Tahoua. Igualmente se pueden presentar algunas conclusiones preliminares que habrá que validar durante el estudio de impacto de las sensibilizaciones. Las personas entrevistadas no se acuerdan de los mensajes radios sobre los medicamentos, las enfermedades en relación con el agua y la importancia de acudir al centro de salud mientras que estuvieron atentas a los mensajes sobre la salud reproductiva. Esta diferencia seguramente se debe a la hora y a la temporada de la difusión de los mensajes. Es importante pasar estos mensajes cuando la población tiene tiempo de escuchar la radio. Muchas personas entrevistadas vieron el teatro, aunque el hecho de realizar esta actividad pronto en el día limita la asistencia. Como para los mensajes de radio, es más pertinente hacer esta actividad fuera de la temporada de lluvias para que la población esté más disponible. Recomendar a los hombres de dejar las mujeres acudir al centro de salud es una sensibilización eficaz y es importante que se haga de hombres a hombres. Sin embargo las escuelas de maridos están tomando el lugar de los COGES y podrían debilitarlos.

¿En que medida el resultado “OE4.R4. Reforzada la prevención, la capacidad de respuesta y gestión de las epidemias en el DS de Konni” has sido alcanzado ?

Este resultado debía llevarse a cabo a través de distintas actividades. Estaba previsto apoyar las campañas de vacunaciones de las salidas foráneas y las estrategias móviles de los DS. Debía también realizarse un taller sobre la importancia de la participación de los actores no sanitarios en la gestión de las epidemias en el DS de Konni. MPDL había previsto ayudar a la formación de un comité de gestión de las epidemias en Konni y a la elaboración de un plan de contingencia en caso de epidemias. Finalmente MPDL debía construir un hangar de almacenamiento del material de prevención y lucha contra las epidemias.

Las salidas foráneas y las estrategias móviles se realizaron desde la PAC 1²¹. Los ASC encontrados en terreno (responsables de las casas de salud) confirmaron que los días de vacunación tenían lugar y que participaban principalmente los CSI. A partir de la PAC 4, MPDL presenta en las fuentes de verificación del Convenio los informes trimestrales que realizan los DS de estas actividades. El principal problema encontrado es la ruptura de algunas vacunas: así en 2013 los dos DS sufrieron de una ruptura de la vacuna del BCG que no permitió hacer la totalidad de las vacunaciones previstas. Sin embargo, según los datos de los informes anuales, el índice de cobertura de vacunación ha aumentado entre 2011 y 2013 de 86% a 117% de cobertura en Penta 3 y de 95% a

²¹ Esta actividad se incorpora en el resultado 1 del OE 4 a partir de la PAC 2.

124% en cobertura de VAR. En 2014, el Fondo común²² dejó de comprar las vacunas del DS de Tahoua lo que condujo a una ruptura de existencias hasta mayo, cuando la ONG Concern liberó fondos para comprar las vacunas y pagar el equipo de vacunación. Por lo tanto, se espera una reducción de los indicadores para 2014.

En cuanto al apoyo para la gestión de las epidemias, el comité de gestión existe, se reúne cuando una epidemia aparece en el DS y tiene un plan de contingencia. En la última epidemia de cólera en 2013, el Comité pudo reunirse gracias a un apoyo financiero de MSF, para pagar las dietas y los desplazamientos de los distintos miembros del Comité. Así aunque MPDL contribuyó a la dinamización del Comité, éste sigue necesitando un apoyo externo, para que los miembros del Comité se reúnan.

El hangar de almacenamiento se construyó en PAC 2 y se utiliza hoy. El DS tiene dificultades de almacenamiento y utiliza en exceso este hangar. Los evaluadores constataron que el hangar estaba lleno al 90% de plumpynut y al 10% de material para luchar contra el cólera. Así se utiliza el hangar pero su uso no es solo el que estaba previsto.

→ Las vacunaciones se realizan según lo previsto y los índices de cobertura calculados por los DS aumentaron durante el Convenio en las 8 áreas sanitarias. El hangar se utiliza y almacena, en parte, material de lucha contra las epidemias. Sin embargo el COGEPI no es todavía autónomo en la gestión de las epidemias ya que depende de ayudas para reunirse y funcionar.

¿ En que medida el resultado “OE4.R5. Mejorado el acceso al agua potable y las infraestructuras de saneamiento en el Centro de Salud” ha sido alcanzado ?

Este resultado incluía una serie de actividades que MPDL había planeado así:

- la conexión de los centros de salud a la red pública de agua,
- la construcción de 5 letrinas con una zona de lavado para las manos,
- la construcción de 6 duchas que se canceló (las mujeres se duchan en las letrinas)
- la construcción de incineradores en 7 CSI
- la formación continua del personal de los CSI en gestión de los residuos
- la realización de 2 asambleas de intercambios de experiencia sobre agua y saneamiento que no se han realizado aún.

En cuanto a la aducción de agua, 5 CSI se beneficiaron de obras (Alella, Eddir y Toro en PAC 2; Yaya y Gounfara en PAC 4). En el caso de Alella y Gounfara, los CSI ya tenían una aducción de agua y los trabajos se centraron en la conexión de las nuevas maternidades al sistema del CSI. En el caso de Yaya, se construyó un pozo con una bomba solar para tener el agua corriente en el CSI. Taza y Bazaga no necesitaban mejorar su sistema de agua.

Hoy en día, la mayoría de los CSI tienen un sistema de agua que funciona correctamente. Sin embargo dos CSI encontraban dificultades cuando los evaluadores visitaron los CSI: el CSI de Toro tenía una fuga de agua desde hace 3 meses y debía llenar recipientes para trabajar, sin mantener el agua corriente. Por su parte el CSI de Gounfara había cortado la alimentación de agua a la maternidad ya que un grifo goteaba²³.

En cuanto a las letrinas, 3 se construyeron sobre las 5 previstas en principio porque Bazaga y Toro ya habían recibido letrinas mientras tanto. Se construyó una letrina en PAC 2 y se construyeron dos en PAC 3. Se ajustan a las normas del Ministerio de Salud.

MPDL construyó también incineradores para mejorar la gestión de los residuos. MPDL ya había dado durante el Convenio anterior incineradores de hierro que se habían oxidado. Por eso los nuevos incineradores se construyeron en cemento, siguiendo las

²² El Fondo Común es un mecanismo de financiación creado en 2006 por el Ministerio de Salud de Níger para contribuir a la implementación del PDS. Los socios del fondo son: el Banco Mundial, el AFD, el AECID, UNICEF, FM y Gavi Alliance. Es el instrumento financiero del enfoque sectorial de la salud en Níger (apoyo a un programa de desarrollo sectorial y puesta en común de los recursos).

²³ Las aducciones de agua de Gounfara y de Toro que presentan problemas no fueron construidas por una financiación directa del AECID sino por una financiación de WFA.

normas del Ministerio de Salud. Alella recibió el primero en PAC 2; luego Yaya, Bazaga, Eddir y Toro recibieron uno en PAC 4. Gounfara y Taza no recibieron incineradores porque ya tenían uno. Sin embargo el CSI de Gounfara se ve obligado a seguir utilizando el incinerador oxidado de MPDL. Tiene un incinerador en cemento que el Fondo común financió pero se agrieta y el jefe CSI considera que no es prudente utilizar este incinerador.

MPDL había previsto formar al personal de los CSI en gestión de los residuos. Son finalmente los Comités de Higiene que fueron formados en PAC 3 para responsabilizarse de la gestión de los residuos.

→ El acceso al agua potable y las infraestructuras de saneamiento se mejoraron en la mayoría de los CSI. Es necesario hacer un seguimiento del funcionamiento de los sistemas porque Gounfara y Toro tienen problemas con los sistemas de agua y Gounfara debe trabajar con un incinerador defectuoso.

¿ En que medida el resultado “OE5.R1. Mejorada la calidad clínica y la cobertura de los cuidados en salud reproductiva en 8 áreas sanitarias” ha sido alcanzado ?

Este resultado debía ser obtenido por la realización de las siguientes actividades:

- La construcción de dos maternidades (Yaya y Toro)
- El equipamiento de 8 CSI con material de salud reproductiva
- La formación del personal sanitaria de 8 CSI en salud reproductiva
- La sensibilización de 32 comités campesinos sobre la necesidad de establecer un fondo de evacuación de las mujeres dando a luz
- La provisión de ambulancias rurales en 32 pueblos

En cuanto a la construcción de las maternidades, a partir de la PAC 2, MPDL elige ampliar esta actividad con la construcción de dos maternidades y la rehabilitación de 3 salas de parto. Se construyeron las maternidades de Yaya en PAC 2, y de Eddir en PAC 4. La maternidad de Yaya se construyó gracias a una cofinanciación de Tragsa aprobada en 2010. AECID financió la maternidad de Eddir: no se construyó hasta la PAC 4 porque MPDL decidió esperar la exención de IVA antes de empezar la construcción. En PAC 3, se construyó una maternidad de tamaño reducido a Gounfara y se rehabilitaron las salas de parto de Alella y Bazaga. En PAC 4 se rehabilitó también la sala de parto de Taza. Así el alcance de las construcciones fue más importante que lo que se planeaba inicialmente y todos los CSI fueron mejorados, a excepción de Toro.

En cuanto al equipamiento en material sanitario, los CSI recibieron material en PAC 3. En PAC 4, las casas de salud recibieron también una tabla y un equipo de parto. El material proporcionado se considera de buena calidad. Sin embargo dos CSI no utilizan la tabla de parto porque no entra en su sala de parto (Yaya et Eddir). No estaba previsto inicialmente equipar las casas de salud pero es una actividad pertinente porque las casas de salud asisten también a los partos. Equiparlas permite sin duda mejorar la calidad de los cuidados en salud reproductiva en las áreas sanitarias.

En cuanto a las formaciones, los jefes CSI recibieron la formación SONU en PAC 4 y muchos agentes de CSI y de CS siguieron formaciones en PF y CPNR por parte de MPDL, según la información recogida en terreno por los evaluadores. Sin embargo no existe una lista de seguimiento de los participantes que permita conocer el alcance de esta actividad.

MPDL había también planeado de entregar 32 ambulancias rurales (3 carros promedio por área sanitaria). Sin embargo no existen fuentes de verificación del número de ambulancias entregadas y el equipo de evaluación no pudo recoger sino los datos de Bazaga, Eddir y Toro. El área de Bazaga tiene 6 carros, Eddir tiene 7 carros y Toro tiene 5 carros. Todos estos carros no se dieron durante este Convenio: en efecto el Convenio MPDL anterior había ya distribuido ambulancias rurales que se contabilizaron en estas cifras. Las evacuaciones por ambulancias rurales permiten a pueblos sin estructura sanitaria de evacuar mujeres hacia las CS y a las CS de evacuar mujeres hacia los CSI. La utilización de las ambulancias rurales es heterogénea. Algunos pueblos utilizan regularmente la ambulancia y hacen varias evacuaciones al mes. Otros no la utilizan nunca. Eso se debe a veces al hecho de que no se sustituyó al asno que se murió y: es el caso de un pueblo en el área de Eddir y de dos pueblos en el área de Toro. Se debe

también al hecho de que algunos pueblos prefieren evacuar a las mujeres en moto ya que, en su caso, la evacuación en moto es más rápida y más económica. Se trata por ejemplo de los pueblos que se encuentran a lo largo de la carretera que lleva de Niamey a Konni.

Estaba previsto también la instauración de fondos de evacuación en los pueblos con ambulancias rurales. En la práctica cada pueblo estableció un sistema de gestión de la ambulancia rural diferente. La mayoría hacen pagar al marido y a la mujer evacuada con una ración de mijo que debe darse al responsable del carro por cuidar al asno.

En PAC 4, MPDL añadió una actividad de sensibilización de los ayuntamientos para que participen en el pago de las evacuaciones de las mujeres dando a luz. Esta actividad es muy pertinente y permitió a MPDL iniciar el diálogo con los ayuntamientos sobre su participación en la financiación de los sistemas sanitarios.

→ Las actividades realizadas fueron más importantes de lo previsto inicialmente. MPDL trabajó con los CSI y las CS. Además eligió sensibilizar los ayuntamientos sobre su rol en la salud.

[¿En que medida el resultado “OE5.R2. La población conoce los comportamientos preventivos principales y las buenas prácticas relacionadas con la salud reproductiva” ha sido alcanzado ?](#)

Este resultado se basaba en 3 actividades: la formación de 158 matronas en salud reproductiva, la realización de 240 sensibilizaciones sobre la importancia de la CPN y del parto asistido y la emisión de 720 mensajes de radio sobre la salud reproductiva

Hasta ahora MPDL difundió 430 mensajes de radio. Para la PAC 5, ha planificado difundir 300 mensajes para alcanzar el número previsto inicialmente. Estos mensajes fueron oídos e entendidos por muchas personas entrevistadas por los evaluadores. Estas emisiones permiten en particular alcanzar pueblos sin estructura sanitaria o personas que no participan en las sensibilizaciones.

Estaba previsto también formar a 158 matronas en salud reproductiva. Las matronas tienen el rol de ir a buscar a las mujeres a la casa para la CPON y la CPN, de conducir a las mujeres que dan a luz a la maternidad, de asistir al personal de salud durante los partos, de dar el niño a su madre, de conducir las madres a la sala post-parto, de lavar la ropa de las paridas, de limpiar la sala de parto, y de sensibilizar sobre la CPN, el parto asistido, la CPON, la vacunación y la PF. Las matronas hacen las sensibilizaciones de manera benévola y reciben una gratificación por las mujeres que paren y su marido.

En la práctica, las matronas recibieron formaciones con los COGES para sensibilizar sobre la CPN, la CPON, el parto asistido y la PF. Al principio del Convenio, las formaciones se centralizaban a Konni y Tahoua pero en 2013, MPDL eligió descentralizar estas formaciones en los CSI para disminuir los costes de logística y facilitar la participación de las matronas que son a menudo ancianas poco acostumbradas a viajar. Las formaciones son realizadas por el jefe CSI, el animador MPDL y el comunicador del DS. Las matronas entrevistadas muestran un sólido conocimiento y saben los riesgos de embarazo. La mayoría de ellas han recibido varias veces la formación porque no logran asimilar todo a la primera formación. MPDL ha formado matronas de los CSI, matronas de las CS y matronas trabajando en pueblos sin estructura sanitaria. Las matronas de los pueblos aislados sin estructura sanitaria saben la importancia del parto asistido: así hacen los partos a domicilio pero si hay un problema, van al centro de salud. Generalmente, las matronas sensibilizan sobre la salud reproductiva en los CSI y las CS y también yendo de puerta en puerta en el pueblo o durante las ceremonias. Generalmente, las matronas prefieren sensibilizar a las mujeres dejando a los COGES y a las escuelas de maridos la sensibilización de los hombres. MDPL no siguió el número de matronas formadas y no es posible saber esta cifra.

Por su parte, los COGES sensibilizan al pueblo, a las mezquitas o a las ceremonias. Se concentran prioritariamente en los hombres pero pueden hacer sensibilizaciones mixtas. Desde el inicio de las escuelas de maridos, algunos COGES eligieron parar las sensibilizaciones, como se describió con detalle en el análisis del resultado 3 de la acción 4.

→ Esta evaluación no permite medir si la población de la zona de intervención aumentó sus conocimientos en salud reproductiva, lo que debería hacerse a través de un estudio que se realizará en PAC 5 con el apoyo del DS de Tahoua. Igualmente se pueden presentar algunas conclusiones preliminares que habrá que validar durante el estudio de impacto de las sensibilizaciones. Las personas entrevistadas escucharon los mensajes radios y entendieron la información transmitida. La mayoría de las mujeres entrevistadas en grupos focales conocen la CPN, el parto asistido y la PF y dicen utilizarlos porque las matronas les impulsan a hacerlo. Así el principal factor de cambio de las mujeres, es la matrona que viene a buscarlas para la CPN o cuando comienzan el trabajo. Finalmente la sensibilización de los hombres por los COGES y las escuelas de maridos es necesaria para que las mujeres tengan el derecho a acudir a los servicios sanitarios.

¿En que medida el resultado “OE5.R3. Aumenta el recurso a la planificación familiar en 8 áreas sanitarias” ha sido alcanzado?

Este resultado se ha basado en la formación de 32 agentes de salud en PF, la realización de 160 sesiones de sensibilización en las comunidades en PF y la sensibilización de 32 líderes religiosos y comunitarios en PF.

Los evaluadores constataron que numerosos agentes de salud de los CSI y de las CS recibieron una formación en PF: en cada área sanitaria, encontraron 2 a 3 personas formadas en PF por MPDL. Sin embargo no tuvieron acceso al número exacto de personas formadas por MPDL.

Las sensibilizaciones comunitarias son realizadas por los COGES, las escuelas de maridos y las matronas, siguiendo la misma metodología que para las sensibilizaciones para el CPN y el parto asistido (descrita en el resultado anterior). Sin duda, el número de sesiones de sensibilización realizado es muy superior a las 160 sesiones previstas inicialmente, que representan 20 sesiones por área sanitaria durante el Convenio. En efecto, la mayoría de las matronas realizan sesiones semanales de sensibilización. Hasta la creación de las escuelas de maridos, los COGES han hecho animaciones al menos mensualmente y hoy en día las escuelas de maridos sensibilizan cada semana.

MPDL trabajó también directamente con líderes religiosos para sensibilizarlos al espaciamiento de los nacimientos y su adecuación con el Corán. 8 líderes religiosos han sido formados en PAC 3. Luego se canceló la actividad en PAC 4 por razones presupuestarias y se aplazó varias veces en PAC 5. En total se sensibilizaron a 20 líderes religiosos (según la información disponible en el informe de seguimiento del Convenio) desde el principio del Convenio. Recibieron una formación por un Imán siguiendo la metodología del UNFPA e muchos integraron luego la información en sus sermones. Los líderes religiosos entrevistados por los evaluadores dicen estar de acuerdo con el mensaje de MPDL y desean seguir colaborando con el Convenio.

Finalmente en PAC 5 MPDL añade la creación de escuelas de maridos y clubes de escucha. El Convenio 32 escuelas de maridos lo que permite completar la financiación de 8 escuelas de maridos por Europeaid. Además MPDL previó crear 25 clubes de escuchas de 1250 miembros a Konni y 15 clubes de 750 miembros a Tahoua. Los clubes de escuchas son reagrupaciones de mujeres en edad de procrear de un mismo pueblo. Inicialmente, las mujeres discuten a fondo de un temas relativo a sus preocupaciones concentrándose en la salud reproductiva, con el acompañamiento del animador MPDL. Toman así confianza en ellas mismas y luego sensibilizan a amigas y a vecinos sobre el tema. La metodología favorece la sensibilización por personas de proximidad. Hoy en día los clubes de escucha están operativos en 40 pueblos de las 8 áreas sanitarias, con 5 clubes por área sanitaria.

→ Los CSI y las CS afirman que el número de nuevas usuarias en PF aumentó desde la instauración de las escuelas de maridos. Las escuelas de maridos y los clubes de escuchas no eran metodologías previstas al principio del Convenio. Es sorprendente de establecer este tipo de actividades durante el último año del Convenio pero MPDL tomó esta decisión porque cuenta con una financiación de Europeaid de varios años que le permitirá seguir estas actividades una vez el Convenio terminado.

¿Los objetivos específicos del Convenio se pueden alcanzar?

La intervención en Níger tiene dos objetivos específicos que son los siguientes:

- OE4. Mejorada la salud básica de los habitantes de los departamentos de Tahoua y Konni a través del reforzamiento de las infraestructuras, la formación del personal sanitario, el reforzamiento de la gestión y la sensibilización de las poblaciones
- OE5. Mejorada la salud reproductiva de las mujeres en edad de procrear y de los niños recién nacidos en 8 áreas sanitarias de los departamentos de Tahoua y Konni a través del reforzamiento de las infraestructuras sanitarias, la formación del personal sanitario y la sensibilización de la población

Estos objetivos dependen del alcance de los resultados que les corresponden. En cuanto al objetivo específico 4, MPDL realizó una serie de actividades que permitieron de:

- reforzar las infraestructuras de salud primaria con la construcción del CSI de Konni, con la instalación de sistemas de energía solar, con la construcción de aducción de agua, de incineradores y de letrinas y con la donación de equipamientos a los CSI. Es importante seguir el funcionamiento de los CSI para garantizar un resultado duradero.
- formar el personal sanitario en salud primaria. Estas formaciones se centraron sobre todo en la salud reproductiva y la salud del niño.
- fortalecer la gestión de la salud primaria consolidando los órganos comunitarios con la renovación de los COGES, la formación de los COGES sobre sus roles y la formación de los jefes CSI en microplanificación. Este resultado sigue frágil: los microplanes no se elaboran siempre y la participación de las mujeres en los órganos de gestión sigue siendo anecdótica
- reforzar la gestión de la salud primaria con la dinamización de un comité de gestión de las epidemias. El Comité sigue necesitando ayudas exteriores para funcionar pero MPDL contribuyó a la elaboración del plan de contingencia y a la construcción de un hangar que se utiliza.
- sensibilizar la población en salud primaria. Aunque los mensajes radios no tuvieron el mismo impacto que los del objetivo 5, MPDL realizó un trabajo importante para sensibilizar a la población sobre temas de la salud primaria multiplicando los canales: sensibilizaciones de los COGES, creación de las escuelas de maridos, mensajes radios y escenas.

→ El objetivo específico 4 debería alcanzarse: MPDL realizó las actividades planificadas en el Convenio y estas permitieron reforzar las infraestructuras sanitarias, formar el personal sanitario, consolidar la gestión sanitaria y sensibilizar a la población sobre la salud primaria.

En cuanto al OE 5, MPDL realizó una serie de actividades que permitieron de:

- reforzar las infraestructuras sanitarias con las construcciones de maternidades, la renovación de salas de parto y la donación de material a los CSI a las CS.
- formar el personal sanitario que recibió formaciones en PF, SONU, PCIME, CPNR. MPDL no formó solo al personal de los CSI pero extendió la cobertura de las formaciones a los agentes de salud de las casas de salud.
- sensibilizar la población a través de múltiples canales: radios, escenas, formaciones de las matronas, de los líderes religiosos y COGES, creación de las escuelas de maridos y de los clubes de escuchas.

→ El objetivo específico 5 debería alcanzarse: MPDL realizó más actividades que lo previsto inicialmente y los agentes de salud entrevistados consideran que los indicadores sanitarios de AA, CPN y PF han aumentado desde el inicio del Convenio.

¿Las hipótesis podrían realizarse? ¿El contexto sufrió cambios que puedan afectar de manera significativa el logro de los objetivos específicos?

Un gran número de hipótesis estaban en relación directa con el contexto y ya se realizaron. En primer lugar, MPDL había puesto como hipótesis que, entre 2010 y 2014, no se produjeran graves crisis de desnutrición que aumentan la vulnerabilidad de la población del Convenio. Ahora bien en 2012 Níger fue afectado por una grave crisis alimentaria, debido a la sequía, las pocas lluvias, las malas cosechas, la alza súbita de los precios de los alimentos y los desplazamientos de poblaciones. La situación humanitaria empeoró en la región debido a la inseguridad y a los conflictos. El acceso humanitario a las personas con necesidades era limitado y el transporte de la ayuda difícil.

MPDL había puesto también como hipótesis que las condiciones de seguridad no se deterioran en la zona de intervención y que la movilidad del personal permita un seguimiento y una supervisión adecuados de las actividades del Convenio. Ahora bien la presencia de AQMI aumentó durante el proyecto. Ante esta situación, MPDL debió repatriar en sucesivas ocasiones a su personal expatriado y nacionalizar finalmente todos los puestos en Níger. Las supervisiones debieron pararse durante varios meses y no pudieron reanudar sino al principio de PAC 5. MPDL debió también modificar algunas actividades del proyecto: como es el caso de los horarios del teatro o las actividades previstas en el proyecto financiado por la Diputación de Granada que es una cofinanciación del Convenio.

Finalmente una hipótesis era que el sistema de reembolso de los costes funciona correctamente. Realmente el Gobierno de Níger tiene dificultades para reembolsar los costes desde el principio de la Política nacional de gratuidad de los cuidados que se lanzó oficialmente el 1 de agosto de 2007. Así en el momento de la formulación del Convenio esta hipótesis ya se realizaba en la zona de intervención.

→ Importantes hipótesis se realizaron durante el Convenio que tienen repercusiones sobre la metodología de acción pero que no impidieron MPDL realizar las actividades planeadas.

3.3.2 Viabilidad de la intervención en Níger

¿Los DS tienen los recursos para seguir las actividades sin el apoyo del Convenio?

El Convenio se integra en los PAA y responde a la estrategia de los DS que son responsables del funcionamiento de las estructuras sanitarias. Los agentes de salud formados por el Convenio forman parte del personal sanitaria de los DS y seguirán trabajando una vez finalizado el Convenio : las formaciones que recibieron seguirán entonces siendo útiles. Así mismo es probable que las infraestructuras instaladas (maternidades y CSI) sigan teniendo el personal necesario para su funcionamiento. S

in embargo el equipo de evaluación constató que algunos equipamientos otorgados por MPDL ya no son utilizados por los CSI cuando el Convenio está aún en curso. Así las tablas de parto de las maternidades de Eddir y Yaya no entran en las salas de parto, la maternidad de Gounfara no tiene ni agua ni electricidad, el CSI de Toro no tiene luz porque no cambió las bombillas, el CSI de Konni no recibió los equipamientos MPDL que estaban en el antiguo CSI, el sistema fotovoltaico de la maternidad de Yaya no funciona. Los DS tienen un servicio de mantenimiento pero el obrero polivalente responsable del mantenimiento no tiene medios a su disposición para hacer la vuelta de los CSI. Estas comprobaciones hacen dudar de la capacidad de los DS para realizar el mantenimiento suficiente de los equipamientos.

Por otra parte, MPDL financió actividades que los DS consideran como actividades dependientes de financiadores. Se trata principalmente de las campañas de vacunaciones y de las actividades de supervisión. Estas actividades son prioritarias para los DS y forman parte de su estrategia pero el presupuesto que el Ministerio de Salud les da no les permite financiarlas. Una vez terminado el Convenio, los DS buscarán de nuevo financiadores para pagar estas actividades porque no tienen los recursos para seguir.

→ Las nuevas infraestructuras se integran en el sistema sanitario y, aunque su mantenimiento sea insuficiente, tendrán seguramente un personal asignado que

garantizará los servicios sanitarios. En cuanto al resto de las actividades del Convenio, los DS tienen pocos recursos del Ministerio de Salud y se apoyan mucho en los distintos financiadores para costear su estrategia. Es probable que los DS encuentren a nuevos financiadores que acepten pagar las supervisiones y vacunaciones pero la viabilidad de estas actividades seguirá dependiendo de ayudas externas.

¿Los beneficiarios de las formaciones en sensibilización tendrán las capacidades para seguir sensibilizando?

MPDL formó a distintos grupos en sensibilización: MPDL trabajó con las matronas rurales, los miembros de los COGES y creó también las escuelas de maridos y los clubes de escucha en PAC 5. Las escuelas de maridos y los clubes de escuchas son muy recientes y forman parte del nuevo proyecto Europeaid que deberá trabajar la viabilidad de estas estructuras.

En cuanto a las matronas rurales, realizan muy numerosas formaciones en los centros de salud y en los pueblos, trabajando generalmente con las mujeres. Se organizan y trabajan en colaboración con los agentes de salud. Las matronas rurales que están en pueblos sin estructura sanitaria realizan también sensibilizaciones, sin estar seguidas por los agentes de salud o MPDL. Muestran sólidos conocimientos de los riesgos de embarazo, de la importancia de la PF y de la importancia de acudir a los centros de salud. Así las matronas deberían seguir sensibilizando a la población.

En cuanto a los COGES, su implicación es desigual y muchos detuvieron sensibilizar con la instauración de las escuelas de maridos, de las cuales algunos son miembros. Tienen las capacidades para seguir sensibilizando pero no está claro que lo hagan si las escuelas de maridos siguen.

→ Las matronas son esenciales en la sensibilización : las formaciones que recibieron les permitieron reforzar sus conocimientos y están hoy en día informadoras para las mujeres especialmente. Los COGES han también demostrado que conocen los temas de sensibilización y que tienen las capacidades de seguir solos las sensibilizaciones.

¿En qué medida MPDL consiguió implicar los ayuntamientos en el apoyo a la viabilidad de los sistemas sanitarios?

Hoy en día, los ayuntamientos son esenciales para garantizar la viabilidad de los sistemas sanitarios. MPDL realizó actividades de promoción para que los ayuntamientos se comprometan a financiar las evacuaciones sanitarias. Estas actividades se llevaron a cabo en PAC 4 y están previstas para la PAC 5. Habría sido interesante realizarlos al inicio del Convenio para poder establecer un verdadero diálogo con los municipios y comprometerlos también en las actividades de mantenimiento de las infraestructuras. En el caso del nuevo CSI de Konni el alcalde se implicó mucho en la construcción del centro y se comprometió luego a pagar las facturas de agua y electricidad de CSI para favorecer la viabilidad de las infraestructuras construidas por MPDL.

Lo que hay que retener de los resultados de las acciones 4 y 5 del Convenio

La mayoría de las actividades previstas en el Convenio fueron realizadas o deberían ser durante la PAC 5. La gran mayoría de las formaciones y sensibilizaciones ya se realizaron: se formó al personal sanitario de los CSI y de las CS y la población retuvo bien los mensajes de salud sexual y reproductiva. Las matronas desempeñan un papel esencial en la difusión de estos mensajes. Por su parte, las escuelas de maridos no eran metodologías previstas al principio del Convenio pero tienen un fuerte impacto en la tasa de utilización de la PF.

La gestión comunitaria se consolidó también: se formaron y acompañaron los Comités de Gestión (COGES) y los Comités de Salud (COSAN) a lo largo del Convenio. Sin embargo pocas mujeres participan en estas estructuras, los microplanes no son siempre elaborados y algunos COGES disminuyeron su implicación en las sensibilizaciones desde la creación de las escuelas de maridos.

Las actividades de lucha contra las epidemias tuvieron resultados en la mejora de la gestión de las epidemias. Se construyó y se utiliza el hangar y el plan de contingencia existe pero el COGEPI necesita aún apoyos externos para reunirse.

Todas las infraestructuras y los equipamientos previstos se entregaron a los centros de salud. Son pertinentes y de buena calidad, pero problemas de mantenimiento aparecen.

Los DS reciben pocos recursos del Ministerio de Salud y se apoyan mucho en los distintos financiadores para costear su estrategia, lo que puede dificultar la viabilidad de las actividades.

4 Resultados de la evaluación de la intervención en Malí

4.1 Análisis del diseño de la intervención en Malí

4.1.1 Coherencia de la intervención en Malí con las políticas de la Cooperación Española

¿Los sectores y las zonas de intervención de las acciones 1,2 y 3 son prioridades para el III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012? ¿Lo son todavía para el IV PDCE 2013-2016?

Las acciones 1, 2 y 3 del Convenio se centran en el desarrollo agrícola y la seguridad alimentaria y nutricional en el Círculo de Kita, Malí.

El III PDCE 2009-2012 considera que el desarrollo rural y la lucha contra el hambre son sectores de intervención prioritarios. El PDCE retoma los elementos de la Estrategia de lucha contra el hambre de la Cooperación Española de 2007, eligiendo favorecer un desarrollo agrícola que permita alcanzar la seguridad alimentaria y nutricional de los más vulnerables. Las acciones 1, 2 y 3 son coherentes con este enfoque, puesto que tienen por objetivo favorecer la producción y el consumo de productos agrícolas y ganaderos, trabajando principalmente con las mujeres que es un colectivo vulnerable en Malí. En lo que respecta a la zona de intervención, es preciso señalar que el país de intervención, Malí, es país prioritario, formando parte del grupo A del PDCE 2009-2012. Dicho grupo debe concentrar 2/3 de la APD especificada geográficamente.

En el IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016, la seguridad alimentaria y nutricional es de nuevo una prioridad. La estrategia sectorial de 2007 sigue siendo el marco de intervención de las acciones de lucha contra el hambre de la Cooperación Española. Malí sigue siendo un país prioritario para la Cooperación Española formando parte de los 23 países que deben concentrar la APD de 2013 a 2016. Así la coherencia de las acciones 1, 2 y 3 con las políticas de la Cooperación Española se mantiene en el nuevo Plan Director.

¿Las intervenciones son coherentes con el marco estratégico del AECID en el país?

La cooperación española elaboró documentos estratégicos que la posicionan en Malí: se trata del PAE 2006-2008 y de la primera Comisión Mixta 2008-2010. Estos dos documentos establecen como prioritaria la línea estratégica de seguridad alimentaria y

de lucha contra el hambre. La Comisión Mixta no cita las zonas de intervención priorizadas; el PAE propone zonas de concentración geográfica, entre ellas, el Círculo de Kita.

La coordinadora de la OTC considera que estos documentos están hoy desactualizados: el contexto del país ha cambiado enormemente, sobre todo desde el golpe de Estado de marzo de 2012; asimismo las capacidades de la OTC han aumentado considerablemente, mediante un refuerzo del personal. Está previsto que la estrategia actualizada de la OTC quede recogida en el marco de Asociación País de Malí, cuya formulación de se ha venido retrasando debido a la inestabilidad política del país durante los últimos años. Esta estrategia debería concentrarse en los 2 ejes priorizados por la OTC desde 2010: la salud y la seguridad alimentaria y nutricional. Las zonas prioritarias serán la región de Kayes (de la que forma parte la zona de intervención de este Convenio) y la región de Sikasso.

→ Así las acciones 1, 2 y 3 del Convenio están en línea con las prioridades sectoriales y geográficas de la Cooperación Española tanto a nivel central como en el terreno.

[¿Las acciones 1, 2 y 3 son coherentes con las prioridades horizontales de género, medio ambiente y derechos humanos de la Cooperación Española?](#)

Además de las prioridades sectoriales y geográficas, la Cooperación Española establece prioridades transversales consideradas como elementos fundamentales para obtener resultados de desarrollo. Las acciones 1, 2 y 3 pueden analizarse desde el punto de vista de dichas prioridades, a saber, la promoción del derecho a la alimentación, la promoción de la igualdad de género y la sostenibilidad medioambiental.

En lo que respecta a la promoción del derecho a la alimentación, los documentos de formulación del Convenio recogen un gran número de actividades que tienen por objetivo contribuir cuantitativa y cualitativamente a este derecho favoreciendo un acceso regular, permanente y libre a una comida adecuada y suficiente. MPDL propuso la instauración de bancos de cereales para mejorar la disponibilidad y accesibilidad en alimentos durante el período de carencia entre cosechas conocido en francés como “soudure”. La ONG definió también actividades para mejorar el acceso a los recursos y medios para que las poblaciones puedan garantizar su propia subsistencia. Es el caso de la instalación de los huertos y la construcción del dique de Séféto que mejoran el acceso a la tierra y al agua; la creación de bancos de semillas para el acceso a las semillas; el refuerzo de los fondos rotatorios de materiales agrícolas y la construcción de las unidades de transformación para mejorar el acceso a las tecnologías también contribuyen a garantizar el derecho a la alimentación. A partir de la PAC 4, MPDL refuerza su enfoque nutricional a través de un censo y un seguimiento posterior del estado nutricional de la población infantil, así como de la instauración de estrategias FARN y de demostraciones culinarias. El marco lógico define indicadores para medir el aumento de producción y consumo agrícola y así seguir en qué medida el Convenio contribuye al derecho a la alimentación en la zona de intervención.

La promoción de la igualdad de género es también un tema esencial del Convenio en Malí. Muchas actividades planeadas tienen como beneficiarias a las mujeres, tales como la alfabetización, el refuerzo asociativo, la instalación de huertos y unidades de transformación, las formaciones y su seguimiento continuo por animadores sobre el terreno. La lógica de intervención de las acciones en Malí se centra principalmente en la mejora de la alimentación basándose en las agrupaciones femeninas. Además, el resultado 3 de la acción 3 tiene por objetivo sensibilizar al conjunto de la población sobre los derechos de las mujeres y favorecer la participación de éstas en la vida pública y económica. La promoción de la igualdad de género es pues un aspecto esencial en la formulación del Convenio y el marco lógico tuvo en cuenta una serie de indicadores para medir el refuerzo de la posición social de las mujeres en Malí.

La sostenibilidad medioambiental es una prioridad transversal importante en las acciones de MPDL en Malí. Se previó ya en la fase de formulación formar a las agrupaciones en conservación de los suelos y del agua, y en producción agrícola orgánica. El resultado 4 de la acción 1 se centra también en la mejora de la gestión de los recursos naturales y la sensibilización sobre los incendios forestales. Así, MPDL formuló actividades para limitar

el impacto negativo que puede tener la actividad agrícola sobre el medio ambiente. Además, se realizó un estudio de impacto medioambiental antes de la construcción de la presa de Séféto, que es la única acción que habría podido tener impactos medioambientales negativos directos. Sin embargo, el marco lógico cuenta con pocos indicadores que permitan seguir el impacto medioambiental positivo de los resultados 1 y 2, los cuales han fomentado prácticas de agricultura sostenible: hay exactamente 3 indicadores medioambientales en el resultado 4 de la acción 1 sobre gestión de recursos naturales.

→ Ya en la formulación, las prioridades transversales son esenciales en la lógica de intervención de MPDL en Malí. Habría sido interesante añadir indicadores para medir la sostenibilidad medioambiental de las actividades de producción agrícola, con el fin de poder conocer su impacto en el medio ambiente.

4.1.2 Pertinencia de la intervención en Malí

¿El proceso de diseño inicial permitió determinar las necesidades de los protagonistas implicados en las acciones 1, 2 y 3? ¿Cómo ha participado en esta fase la población beneficiaria, en particular las mujeres?

El proceso de diseño inicial se basa en la experiencia de MPDL en seguridad alimentaria en la región desde 2008 y en los diagnósticos realizados durante la fase de identificación del Convenio. El trabajo de definición se concentró al principio en 4 comunas rurales del Noroeste del Círculo de Kita (Séféto Norte, Séféto Oeste, Dindanko y Kourounikoto); más tarde se extendió a 4 comunas de municipios limítrofes de Kita (Bendougouba, Bendougouni, Oualiya et Daféla), 13 barrios de la ciudad de Kita y a las Comunas de Djougoun y de Guémoucouraba. Una serie de herramientas permitieron integrar a las visiones de los líderes tradicionales, de las agrupaciones de productores y de la población en general. Así MPDL realizó una encuesta socioeconómica a 230 hogares, una encuesta de nutrición a 220 mujeres y una serie de reuniones con representantes de la población beneficiaria con el fin de definir:

- el calendario estacional y de disponibilidad alimentaria de los pueblos,
- el mapa de los recursos del pueblo, que, además, hace patente quién los controla y quién accede a ellos.
- El reparto del trabajo (quién realiza qué actividades) con enfoque género
- Los problemas de las agrupaciones campesinas en lo que concierne a las actividades agropecuarias y actividades generadoras de ingresos.

Además del diagnóstico, MPDL realizó reuniones de trabajo con los servicios descentralizados del Estado y con las Alcaldías para recoger las prioridades de estas instituciones. La ONG financió también un estudio de mercado en el círculo de Kita con el fin de identificar los productos transformados con mayor potencial de venta en la zona. Finalmente MPDL utilizó un trabajo realizado en 2008 que había estudiado las agrupaciones femeninas existentes en torno a la ciudad de Kita.

La formulación se presentó en agosto de 2010 y se validó durante un taller participativo.

Los datos recogidos en la fase de identificación inicial se completaron en PAC 2 mediante el cálculo de la línea de base, siguiendo los indicadores previstos en el marco lógico.

Además, MPDL realizó en PAC 4 una encuesta CAP (comportamientos, actitudes y prácticas) a las madres en los ámbitos de la alimentación infantil, y consolidó los conocimientos sobre la situación nutricional de las zonas a través de una encuesta SMART que tenía por objetivo (1) evaluar el estado nutricional de la población infantil de entre 6 y 59 meses (2) conocer la tasa de mortalidad de la zona de intervención así como las causas de mortalidad infantil y juvenil y (3) determinar la cobertura de vacunación contra el sarampión.

→ El proceso de diseño inicial garantizó la definición de las necesidades de la población beneficiaria. MPDL utilizó una serie de herramientas que permitieron conocer las opiniones de los actores implicados: servicios descentralizados, alcaldías, líderes comunitarios y población beneficiaria. En lo que respecta a la población en general, MPDL pudo recoger la información sobre las necesidades y

visiones de las mujeres y comprender la distribución de las actividades y recursos entre hombres y mujeres. Toda esta información sistematizada en el proceso de identificación fue completada con la información del cálculo de la línea de base en PAC 2 y la realización de un diagnóstico nutricional profundo durante la PAC 4.

¿Las acciones 1, 2 y 3 son una respuesta adecuada a la situación inicial? ¿Las alternativas elegidas se adaptaban a dicha situación inicial? ¿Los objetivos de las acciones 1, 2 y 3 siguen estando de actualidad?

En la formulación inicial, MPDL seleccionó inversiones productivas que la ONG ya había realizado en pueblos de Kita, o que la Cooperación Internacional tiene la costumbre de aplicar para luchar contra el hambre en Malí. Es el caso de los huertos, de los bancos de cereales, de los bancos de semillas, de los fondos rotatorios de materiales agrícolas, de la construcción de diques, de los pozos pastorales, de los bancos de forraje, de las unidades de engorde y de avicultura mejorada. Se trata de actividades conocidas y practicadas en Malí, constituyendo herramientas de desarrollo utilizadas habitualmente con eficacia en los programas de seguridad alimentaria. Para elegir en qué inversiones se realizarían en cada pueblo, MPDL se basó en las necesidades formuladas por la población beneficiaria durante la fase de diagnóstico y durante la vida del convenio. A su paso por el terreno, el equipo de evaluación ha podido constatar que las autoridades locales y la población consideran que MPDL les inquirió sobre sus necesidades y construyó con ellos las soluciones a sus problemas. Las mujeres consideran que fueron escuchadas por MPDL y por las autoridades locales y que las soluciones propuestas por el Convenio son, aún hoy, pertinentes para ellas.

En la formulación inicial, MPDL seleccionó también la alfabetización como estrategia para reforzar a las agrupaciones de los beneficiarios, que presentan tasas de analfabetismo muy elevadas. Esta elección es pertinente, ya que las agrupaciones beneficiarias del Convenio tienen necesidad de administrar presupuestos, de escribir las actas de las reuniones y/o de redactar documentos para comunicarse con las administraciones. Es pues esencial formarlos en cálculo, escritura y lectura. Las personas no alfabetizadas encuentran grandes limitaciones a la hora de participar en la vida asociativa. Mediante la alfabetización funcional pueden desarrollar sus capacidades, lo que a su vez refuerza a toda la agrupación.

MPDL eligió también proponer la construcción de dos unidades de transformación agrícola. La ONG se basó en un estudio de mercado que analizó la viabilidad de tales estructuras en el Círculo de Kita y que definió los sitios más pertinentes para las construcciones. Las unidades de transformación debían permitir absorber los excedentes agrícolas de los beneficiarios de la acción 1 y mejorar la alimentación de la población local. Se trata de una actividad ambiciosa que demanda un seguimiento a corto y medio plazo para garantizar resultados duraderos. Desde la formulación inicial, la asociación de Kita mostraba una gran motivación para emprender esta actividad y contaba con mujeres educadas y capaces de aprender a administrar una unidad. Se preveía en la formulación que la asociación recibiese la unidad durante la PAC 2, para que MPDL pudiese acompañar su puesta en marcha durante los años posteriores del Convenio. En el caso de la segunda unidad situada en Kourounikoto, las mujeres tenían capacidades de gestión y organización más limitadas al principio y el grado de analfabetismo entre ellas era mucho mayor que en el caso de Kita, lo cual constituía un obstáculo importante para gestionar adecuadamente la unidad de transformación. Estaba previsto poner en marcha esta unidad durante la PAC 4, de modo que MPDL sólo iba a poder acompañar a las beneficiarias durante 2 años, lo que constituye un tiempo muy reducido para garantizar la viabilidad de una estructura compleja que debía ser administrada por una asociación con bajas capacidades iniciales. Con el apoyo del Convenio, la unidad de transformación de Kourounikoto ha conseguido a pesar de todo organizarse, producir y lograr beneficios: esta información se presentará con todo detalle en la parte de análisis de los resultados de este informe.

Otra elección importante es el refuerzo de la estructura en red de las agrupaciones (OE3R4) apoyando el desarrollo de la CAFO de Kita. En el momento de la identificación y diseño del Convenio la antena de la CAFO de Kita es una estructura poco desarrollada que se reúne en una sala del ayuntamiento y agrupa principalmente asociaciones

urbanas y periurbanas próximas a la ciudad de Kita. Casi no tiene experiencia en la ejecución de actividades de desarrollo y no conoce la zona del Kaarta (zona septentrional del Círculo donde se desarrollan la mayoría de las actividades de convenio). A pesar de ello, se selecciona como socio del Convenio, pero MPDL, consciente de las limitaciones de la CAFO de Kita, opta por reforzarla para que pueda desempeñar su papel de socio. MPDL propone construir una sede para la CAFO de Kita y apoyar la elaboración del plan estratégico de la organización. La construcción de la sede es planificada a partir de la PAC 1 con el fin de hacer más operativa a la CAFO, y darle medios para autofinanciarse a través del alquiler de la gran sala de reuniones de dicha sede. Este gran beneficio llega demasiado pronto en el Convenio, sin una exigencia concreta a la CAFO de tener que implicarse en la ejecución del mismo. Habría sido más pertinente reforzar inicialmente la CAFO a través de formaciones y fomentar su motivación a trabajar, en particular con las agrupaciones femeninas del Kaarta, antes de proponer la construcción de su sede.

Finalmente es necesario destacar el hecho de que se formularon inicialmente tres resultados pero de manera poco detallada desde el punto de vista de las actividades. Es el caso de:

1. OE1R5, que se centra en la mejora de la nutrición de las poblaciones. Dicho resultado preveía en un principio demostraciones culinarias y sensibilizaciones pero no definía una estrategia clara para trabajar el tema de la malnutrición en coherencia con las otras actividades del Convenio;
2. OE1R4, que se centra en la gestión de los recursos naturales y que preveía sensibilizaciones sobre los incendios forestales y la instauración de un Comité comunal piloto de gestión de los recursos naturales sin que se establezca una relación entre dicho comité y las demás actividades del Convenio;
3. OE3R2, centrado en el refuerzo de las asociaciones, que preveía la formalización de 48 asociaciones rurales y 18 asociaciones urbanas y su formación continua en gestión asociativa sin definir precisamente un programa de formación o una estrategia de trabajo. No quedaba en particular claro cómo MPDL deseaba insertar las 18 asociaciones urbanas en el Convenio.

El Convenio permite hacer una formulación inicial amplia y precisar posteriormente las actividades y estrategias en las PAC. Ello aporta flexibilidad a la gestión de la intervención y permite concretar y corregir las estrategias durante la vida del Convenio, en función del aprendizaje institucional de los actores, de la adaptación al contexto y de nuevas necesidades detectadas. La pertinencia de estos tres resultados se analizará pues en el análisis de la PAC, puesto que se concretaron en la formulación de las PAC.

→ La mayoría de las actividades definidas durante la formulación inicial constituyen respuestas adecuadas a las necesidades definidas con las poblaciones, y siguen siendo aún hoy prioridades. Se diseñaron con la participación de la población y autoridades locales. Los objetivos de las acciones siguen estando de actualidad. Algunos de los resultados se desarrollaban poco en la formulación inicial y sus actividades se precisaron en la formulación de cada PAC.

[¿La formulación anual de la PAC ha permitido actualizar la formulación inicial del Convenio para que las acciones ejecutadas estén en consonancia con las necesidades de la población?](#)

La formulación de las PAC se ha realizado normalmente a finales de año para evaluar los resultados del último año y planificar las actividades del año siguiente. Para la formulación de las PAC 2 y 3, MPDL reunió a un Comité de pilotaje o dirección que incluía a los principales actores del Convenio, garantizando que se tomaban en cuenta las expectativas de todos ellos. A partir de marzo de 2012 y del golpe de Estado en Malí, MPDL no tuvo la posibilidad de reunir de nuevo este Comité debido a las restricciones impuestas a los actores de la cooperación española por el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España. MPDL sustituyó entonces el Comité por reuniones individuales con los distintos actores implicados para definir con ellos las acciones de las

PAC. Los protagonistas entrevistados durante la misión de evaluación²⁴ manifestaron estar satisfechos con su participación en las formulaciones de cada PAC.

Tal y como se ha mencionado más arriba, una serie de resultados fueron concretados a través de la formulación anual de las PAC. Así, el resultado OE1R4 sobre la gestión de los recursos naturales se revisa completamente durante la formulación de la PAC 5: MPDL decide establecer los Comités GRN en todos los pueblos y las comunas del Kaarta mientras que la formulación inicial preveía solamente trabajar sobre una comuna a modo de proyecto piloto. Esta decisión se debe a que es más pertinente trabajar la gestión de los recursos naturales sobre una zona amplia que, además, forma una “región natural”, como es el caso del Kaarta: si MPDL hubiese trabajado en gestión de recursos naturales en una única comuna, ésta habría tenido dificultades a la hora de aplicar acciones, sobre todo sanciones, en caso de que las comunas adyacentes no hubiesen participado. Además MPDL eligió trabajar con el servicio de aguas y bosques del Círculo con el fin de coordinar su trabajo con la estrategia estatal. Las formaciones tienen por principal objeto aportar a los Comités herramientas para administrar los conflictos entre ganaderos y agricultores, lo que constituye una estrategia adaptada a las necesidades detectadas en el Círculo, donde estos conflictos pueden crear grandes tensiones y obligar a las fuerzas del orden a intervenir.

De la misma manera, en la formulación de la PAC 5, MPDL elabora una estrategia detallada para el resultado OE1R5 sobre nutrición e higiene, con base en las agrupaciones femeninas de los huertos. Esta estrategia integra la instauración de un sistema de seguimiento de la situación nutricional de los pueblos, el tratamiento de los casos de malnutrición a través de la estrategia FARN y la realización de demostraciones culinarias y sensibilizaciones en función de los problemas de alimentación e higiene detectados en los pueblos. Además de estas actividades, MPDL propone la perforación de 4 puntos de agua modernos con bombas de motricidad humana, lo que aumenta los efectos del Convenio sobre la higiene, a través del refuerzo del acceso al agua potable. Los pueblos beneficiarios de los pozos se seleccionan con el apoyo del Servicio de Hidráulica del Círculo de Kita.

→ La formulación de las PAC ha permitido modificar algunas actividades con el fin de dar una mayor coherencia y concreción a determinadas acciones y responder a las necesidades de la población. Las actividades en materia de gestión de recursos naturales se centraron en gran parte en los conflictos entre pastores y agricultores, cuya buena gestión es esencial para el buen funcionamiento de los sistemas agrarios de la zona. De la misma manera, el componente de nutrición se concretó para integrar estrategias de recuperación nutricional y acceso al agua potable y para predicar una alimentación de calidad a través de demostraciones culinarias.

[¿Cuál ha sido la participación de las mujeres en la planificación anual de las actividades, sabiendo que son los principales beneficiarios de las acciones de este Convenio?](#)

En la fase de diagnóstico inicial, se garantizó la participación de las agrupaciones femeninas. Más tarde, en la PAC 3 se realizó un diagnóstico de género un poco más profundo para completar los conocimientos de MPDL sobre la situación de las mujeres en los pueblos con la intervención ya en marcha. En las planificaciones anuales, los animadores MPDL, cuyo rol es el seguimiento de todas las actividades, entre ellas las relacionadas con las agrupaciones femeninas, han ido comunicando dichas necesidades a los coordinadores y al Jefe de Misión para que esta información fuese integrada en la elaboración de la PAC.

La CAFO de Kita, que es contraparte del Convenio, también participó en las planificaciones anuales: representa a numerosas agrupaciones femeninas en el Círculo de Kita y debía desempeñar un papel en la sensibilización de las mujeres. Como ya se ha dicho, ya durante la formulación MPDL detecta numerosas debilidades de la CAFO en lo que respecta a la capacidad de desarrollar actividades; pero, con todo, la CAFO de Kita podía representar a las agrupaciones femeninas adheridas que son principalmente urbanas de la ciudad de Kita. Sin embargo la CAFO no propuso nuevas actividades para

²⁴ Se trata de AFLN, CAFO, los ayuntamientos, las autoridades campesinas, los comités de gestión y los servicios descentralizados.

→ MPDL tuvo en cuenta las aspiraciones de las mujeres rurales en la elaboración de las PAC basándose en sus animadores. La CAFO no fue activa en los ejercicios de planificaciones anuales: las capacidades de esta estructura son aún limitadas y no conoce suficientemente a las agrupaciones participantes al Convenio.

Las acciones debían inicialmente concentrarse en 6 comunas de la zona del Kaarta, al Norte del Círculo de Kita. Más tarde, durante el diagnóstico, MPDL eligió incorporar pueblos próxima a Kita que formaban parte de un proyecto financiado por el AACID en 2009 ya que la ONG deseaba buscar sinergias entre las financiaciones AACID y AECID. La formulación inicial pues presentó como zona de intervención del Convenio: la ciudad de Kita, 3 comunas del Manding en torno a Kita y 6 comunas del Kaarta. Fueron seleccionados inicialmente 21 pueblos²⁵. Los criterios de selección de dichos pueblos fueron el grado de vulnerabilidad, el grado de cohesión social, el potencial de sus recursos disponibles, las potencialidades de mercado, criterios de género y si había habido o no intervención de MPDL anteriormente.

Hay que subrayar que la zona de intervención se divide en 2 zonas distintas que tienen condiciones de acceso y necesidades relativamente diferentes.

La segunda zona del Convenio es la zona del Kaarta. Es una zona mucho más aislada que la primera zona, lo cual impone necesidades logísticas muy importantes. Durante la época de lluvias, algunos pueblos de la zona no son accesibles. Casi no existe ninguna ONG que intervenga en estas comunas, si bien existen casos de malnutrición y los campesinos tienen dificultades a pasar el período de “soudure” o de carencia entre cosechas. Es pertinente trabajar en esta zona ya que hay verdaderas necesidades que ninguna institución apoya. MPDL encuentra no obstante importantes dificultades de acceso que limitan el trabajo del equipo de proyecto. Por ejemplo, para realizar el trayecto de Kita a Siramissé, es necesario un día entero de trayecto en coche.

LE NIGER

Carte administrative de la région de Niamey au Niger. La carte est divisée en plusieurs zones colorées : Kaarta (bleu clair) au nord-ouest, Maradi (rouge) au centre, et Zinder (vert) au sud-est. Des villes comme Niamey, Zinder, Maradi, et Agadez sont indiquées. Des légendes en bas à droite expliquent les symboles utilisés pour les limites de cercle, les limites de communes, et les chemins de fer. Une échelle de 0 à 20 km est également présente.



→ La zona de intervención es pertinente ya que las dos regiones beneficiarias tienen verdaderas necesidades que no son cubiertas por otros actores de desarrollo. Ninguna ONG de desarrollo excepto MPDL había trabajado en la zona del Kaarta, mientras que las necesidades de mejora de la producción y el consumo son muy importantes. La zona del Kaarta está muy aislada del resto de la región lo que ha obligado a MPDL a establecer mecanismos para hacer frente a las dificultades logísticas vinculadas a esta situación.

4.1.3 Alineación de la intervención en Malí

¿Las acciones 1, 2 y 3 del Convenio eran coherentes con las estrategias nacionales y planes de desarrollo de Malí en 2010? ¿Siguen siendo prioridades para el Gobierno de Malí?

En 2010, las principales estrategias nacionales de Malí en seguridad alimentaria y nutricional son el Marco Estratégico para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza 2007-2011 y la Ley de Orientación Agrícola. El CSCR 2007-2011 establece la seguridad alimentaria y el desarrollo rural como su eje prioritario. El objetivo de este eje es el aumento, la protección y la diversificación de la producción alimentaria mediante el desarrollo de la gestión del agua (a través de, entre otras cosas, las pequeñas presas y la gestión de los pozos de agua), la adopción de técnicas de intensificación productiva (a través de, entre otras cosas, el acceso a los equipamientos y a los insumos, medidas de control de las epizootias del ganado y de las aves de corral domésticas). El género es un tema transversal de este marco estratégico que considera que es necesario “adoptar el enfoque de género como elemento estratégico en cada sector de desarrollo y a todos los niveles”. Por su parte, la Ley de Orientación Agrícola prioriza el apoyo y la modernización de la agricultura familiar para alcanzar la soberanía y la seguridad alimentaria del país. Las acciones 1, 2 y 3 son coherentes con estas estrategias, puesto que definen actividades que contribuyen al derecho a la alimentación con un fuerte enfoque de género y que se destinan a la agricultura familiar. En diciembre de 2011, el Gobierno maliense aprobó el nuevo CSCR 2012-2017 que aún establece el desarrollo y la diversificación de la producción agrícola en sentido amplio como una prioridad.

En marzo de 2012, Malí sufre un Golpe de Estado creando un clima político inestable. Se abre un periodo de gobiernos no emanados de las urnas, con un alto grado de interinidad, durante la cual es lógicamente difícil establecer las prioridades gubernamentales. Esta situación se prolonga hasta abril de 2013 cuando se aprueba el Plan para la Reactivación Duradera de Malí 2013-2014. Este documento reanuda los elementos que estructuran de la estrategia en desarrollo rural y considera que la seguridad alimentaria sigue siendo una prioridad.

→ Las acciones 1, 2 y 3 son coherentes con las prioridades nacionales de Malí desde 2010, aunque el país haya vivido una fuerte inestabilidad política durante el convenio.

¿Las acciones 1, 2 y 3 del Convenio están en consonancia con las políticas de las autoridades locales? ¿En qué medida estas acciones contribuyen al desarrollo de las políticas públicas locales?

Las políticas locales se concretan en las comunas a través de los planes de desarrollo social, económico y cultural (PDSEC) y de los planes de seguridad alimentaria (PSA). Estos documentos se redactaron entre 2005 y 2010. Habrían debido actualizarse en 2014 pero el golpe de Estado de 2012 retrasó las elecciones a las alcaldías previstas en marzo de 2014 y, por tanto, la formulación de los nuevos PDSEC que constituye una actividad prioritaria de cada nuevo mandato. Así, las políticas locales son aún hoy los PDSEC de 2010 y los PSA. Estos documentos presentan las necesidades de los distintos pueblos de los municipios y priorizan las actividades que deben aplicarse. En la zona de intervención, las actividades generalmente priorizadas están en consonancia con las actividades del Convenio: los bancos de cereales, el acceso al agua para los animales, para el consumo humano o para la agricultura, la intensificación de la producción agrícola, el acceso a los equipamientos y a los insumos agropecuarios y la cobertura sanitaria de los animales.

→ Las acciones del Convenio se insertan en las prioridades locales. Además las autoridades tradicionales y los ayuntamientos participaron activamente en la fase de formulación inicial del Convenio con el fin de garantizar una alineación de las actividades del Convenio con las prioridades de las autoridades locales.

4.1.4 Complementariedad con otros instrumentos

¿Las acciones del Convenio son complementarias con el resto de los programas de cooperación MPDL, CAFO y AFLN en Malí?

Analizar si el Convenio es complementario a otras acciones de MPDL, AFLN y CAFO tiene por objetivo evaluar si se encontraron algunas sinergias entre distintos instrumentos para contribuir a lograr los objetivos de estas 3 organizaciones.

AFLN es una ONG maliense creada en 1998 cuyo principal ámbito de competencias es la alfabetización funcional. Tiene una antena en Kita que es responsable de las actividades de este Círculo: esta antena trabaja de manera autónoma sin participar en las acciones de otras antenas en el país. MPDL eligió AFLN Kita para implementar la alfabetización funcional del Convenio siguiendo la metodología “Competencia de vida cotidiana” que permite sensibilizar a las personas sobre temas de desarrollo al tiempo que son alfabetizadas. AFLN sólo ha tenido a MPDL y al Ministerio de Educación como socios durante estos últimos años, lo que limita las posibilidades de complementariedad con otras de sus acciones. El trabajo efectuado con el Ministerio de Educación se refiere al apoyo a los centros de alfabetización para los niños en edad escolar que dejan la escuela, mientras que el trabajo con MPDL se ha centrado en la alfabetización funcional de los beneficiarios del Convenio (adultos). Los temas son similares pero ambas acciones se han llevado a cabo de manera independiente.

Por su parte, la CAFO es una Confederación de asociaciones y ONG femeninas malienses creada en 1991 que tiene por vocación la promoción del bienestar de la mujer, la población infantil y la familia. La CAFO nacional tiene una gran experiencia en materia de ejecución de proyectos y dispone de antenas en todo el país, a nivel de regiones y círculos. MPDL eligió trabajar con la CAFO de Kita, que representa la CAFO en el Círculo. Durante el Convenio, MPDL formuló actividades de refuerzo a la CAFO de Kita, tales como la construcción de la sede, la realización de formaciones y la facilitación de la formulación del plan estratégico. Gracias a este refuerzo, una serie de protagonistas de desarrollo decidieron trabajar con la CAFO de Kita. Hoy los socios de la CAFO de Kita son el PAOSC II, las ONG Stop Sahel y ACF, y el Ministerio de Promoción de la Mujer.

Por último, MPDL formuló un gran número de acciones en Malí. Durante el período del Convenio (2010-2014), los ámbitos priorizados fueron los derechos de las mujeres y la seguridad alimentaria y nutricional. Las acciones están muy concentradas en el Círculo de Kita a excepción de un proyecto de nutrición que MPDL eligió establecer con UNICEF en la zona de Sikasso. El proyecto de Sikasso es coherente con el conjunto del trabajo de MPDL en Malí, ya que la estrategia elegida es similar a la definida en el Convenio para el Círculo de Kita y la Responsable Nutrición del Convenio garantiza también el seguimiento de las acciones de Sikasso.

Los proyectos MPDL formulados para el Círculo de Kita han sido vinculados al Convenio para completarlo. Éstos son considerados como cofinanciaciones. Evaluaremos en esta sección del informe, la formulación de las cofinanciaciones, y dejaremos para la sección dedicada a los procesos la evaluación de su eficiencia.

En noviembre de 2009, MPDL presenta a la Comisión Europea un proyecto de 30 meses que busca contribuir a la reducción de la práctica de las mutilaciones genitales femeninas en las Comunas de Séféto Oeste, Séféto Norte, Dindanko y Kourounikoto. En esta época, MPDL está terminando un Convenio en salud de 1,4 millón de euros. La ONG considera necesario completar el trabajo realizado mediante el abordaje del de la escisión, que representa un verdadero problema para la salud sexual y reproductiva en la zona de intervención. El proyecto presentado a la CE es subvencionado con 293.000€ y cofinancia al convenio por valor de 57.140€ a fecha de 31 de diciembre de 2013. Su fecha de comienzo es enero de 2011. El tema de este proyecto no guarda una relación directa con las actividades nucleares del Convenio en materia de seguridad alimentaria y

nutricional. Por tanto, los dos proyectos se ejecutan en paralelo durante 2011. Sin embargo, en febrero de 2012, MPDL decide presentar una reformulación del proyecto a la CE y pedir al AECID una modificación sustancial del Convenio con el fin de encontrar más coherencia y sinergias entre el Convenio y el proyecto CE. El paradigma del proyecto CE se modifica para transitar de un enfoque de salud sexual y reproductiva y “riesgo sanitario” a un enfoque de “derechos humanos”: el proyecto CE se inserta entonces en el resultado OE3R3 del Convenio sobre la sensibilización sobre los derechos de las mujeres, ya que la nueva estrategia de sensibilización relaciona la mutilación genital femenina con los derechos a la educación, a la salud y a la elección del propio destino de las mujeres.

En 2009, MPDL presenta también un proyecto de 24 meses a la AACID: “Mejora de la soberanía alimentaria de la población de Kita a través del refuerzo de las mujeres”. En agosto de 2009 la AACID aprueba una subvención de 300.000€ de la que 178.480€ constituyen cofinanciación del Convenio. No toda la subvención constituye cofinanciación del convenio, ya que éste había comenzado con anterioridad. -enero de 2010-. El objetivo de este proyecto es apoyar a las mujeres de Bendougouba, Bendougouni, Daffela y Oualiya mediante (1) el refuerzo de los huertos y la construcción de 13 pozos a gran diámetro y 9 pozos mejorados, (2) la construcción de 4 almacenes hortícolas y la formación de las mujeres en conservación de los productos hortícolas, (3) la construcción de una unidad de transformación en Kita y el apoyo a la comercialización de los productos de dicha unidad, (4) la construcción de la sede de la CAFO de Kita y el refuerzo de las asociaciones que forman parte de la red CAFO. Todas estas actividades fueron insertadas en el Convenio, con el fin de favorecer las sinergias entre la financiación AACID y la financiación AECID. Esto condujo a MPDL a incluir en el Convenio la construcción de la sede del CAFO: como las asociaciones beneficiarias de la subvención de la AACID forman parte de la CAFO, la construcción de la sede estaba en la estrategia del proyecto AACID. Sin embargo, en lo que respecta a la programación de actividades de refuerzo de la CAFO dentro del convenio, la construcción de la sede llega demasiado pronto. La CAFO recibe una sede que contribuye sustancialmente a su operatividad y visibilidad y le proporciona una fuente de ingresos financieros sin tener que hacer ningún esfuerzo para recibir este beneficio

En 2010, MPDL formula un nuevo proyecto de 24 meses para ser financiado por la AACID: dicho proyecto se denomina “Refuerzo del papel socioeconómico de las mujeres del Círculo de Kita a través del refuerzo de las capacidades y organizaciones”. El AACID aprueba la financiación de 300.000€ de los que 222.730€ constituyen cofinanciación del convenio. El proyecto comenzará en junio de 2011. Tiene por objetivo apoyar a las mujeres de Kourounikoto, Farena, Guétala y Dindanko en los ámbitos siguientes (1) el refuerzo de los huertos y construcción de 13 pozos a gran diámetro, (2) construcción de una unidad de transformación en Kourounikoto, (3) formulación del plan estratégico de la CAFO de Kita y formación de las asociaciones CAFO en participación en la vida política. Estas actividades forman parte del marco lógico del Convenio inicial y complementan la financiación AECID.

En 2010, MPDL formula también un proyecto para la Diputación de Granada de mejora de la soberanía alimentaria de la población del Círculo de Kita a través del refuerzo institucional de las mujeres. Se trata de un proyecto de 12 meses para el que se obtiene una subvención de 30.000€, de la que 24.990€ constituyen cofinanciación del Convenio. Este proyecto tenía como objetivos (1) reforzar los huertos de Bendougouba, Bendougouni, Daffela y Oualiya; (2) apoyar la elaboración del plan estratégico de la CAFO de Kita; (3) apoyar la celebración de días conmemorativos de la mujer en Kita (8 de Marzo y 31 de Julio). Este proyecto fue por consiguiente formulado para completar las financiaciones del AACID de 2009 y 2010 y las actividades del Convenio.

Por último, en junio de 2011, MPDL presenta un proyecto a AACID de 2 años “Mejora de la seguridad alimentaria y de los ingresos procedentes de actividades animales en Kita”. A través de la aprobación de este proyecto se consigue una subvención de 280.000€ del que a fecha de 31 de diciembre de 2013 92.320€ constituyen cofinanciación del convenio. Durante la PAC 5 se ejecutará el resto del proyecto, por lo que se prevé un aumento de este monto de cofinanciación. El proyecto financia las actividades formuladas en el Convenio: (1) de refuerzo de las actividades ganaderas (OE1R3 y OE2R2 del Convenio); (2) de gestión de los recursos naturales (OE1R4); (3) de

alfabetización y refuerzo de las agrupaciones femeninas. Así este proyecto se formula como un complemento de la financiación AECID.

→ **Además de la financiación AECID, MPDL ha obtenido en torno a 600.000€ de cofinanciación para Malí durante la vida del Convenio para realizar acciones de desarrollo en el Círculo de Kita. La mayoría estaban en relación directa con la soberanía alimentaria, en clara complementariedad con el Convenio. En el caso del proyecto CE de contribución a reducir las MGF, MPDL hizo un verdadero trabajo de reformulación del proyecto CE y del Convenio para no duplicar los esfuerzos *in situ* y encontrar sinergias entre estos dos proyectos.**

¿Las actividades del Convenio son complementarias con el resto de las acciones de la Cooperación Española en Malí? ¿Son complementarios de intervenciones de otras organizaciones en la zona?

En el ámbito del desarrollo rural y la seguridad alimentaria²⁶, la Cooperación Española principalmente apoyó 3 acciones en Malí: el Convenio MPDL, el Convenio ACH y el proyecto de valorización del anacardo de Tragsa. El Convenio MPDL se basa en financiaciones de la AECID y sus cofinanciaciones descritas más arriba, y se desarrolla en la parte septentrional del Círculo de Kita y en las comunas alrededor de la ciudad de Kita. El Convenio ACH se basa en financiaciones AECID y de la Comunidad autónoma de Navarra y se produce en la parte meridional del Círculo de Kita con una estrategia de intervención centrada en la mejora de la seguridad alimentaria y alimenticia de las poblaciones. Los dos Convenios se formularon pues sobre los mismos temas y en zonas adyacentes: AECID concentra así su apoyo geográfica y sectorialmente. La cooperación descentralizada española apoyó también estas acciones, ya que el AACID y la Diputación de Granada comparte la misma prioridad geográfica que el AECID.

Por su parte el proyecto Tragsa depende enteramente de financiaciones del AECID y debería terminar en mayo de 2015. Este proyecto tiene por objetivo la creación de riqueza y la soberanía alimentaria en la región de Sikasso a través del desarrollo de los mercados locales y de la capacidad de transformación del anacardo. Este proyecto se desarrolló de manera independiente sin relación directa con los Convenios AECID.

La Cooperación Española apoya también otras acciones con presupuestos más modestos. Es interesante destacar el trabajo de CONEMUND que recibió dos financiaciones del AECID y dos financiaciones de la Comunidad autónoma Andalucía por un total de 850.000€ entre 2011 y 2013. El trabajo de CONEMUND tuvo por objetivo trabajar la seguridad alimentaria en el Distrito de Bamako. No hay complementariedad directa entre MPDL y CONEMUND sabiendo que sus zonas de intervención son distintas (urbano/rural).

→ **En el momento de la formulación inicial del Convenio, AECID eligió financiar dos Convenios sobre el mismo tema y en zonas adyacentes lo que podía potenciar las sinergias entre ACH y MPDL.**

Lo que hay que retener del análisis de la concepción de las acciones 1, 2 y 3 del Convenio

Las acciones del Convenio en Malí están alineadas con las prioridades del Gobierno de Malí a nivel nacional y con las prioridades de las Comunas a nivel local. Asimismo, son coherentes con las prioridades sectoriales y geográficas de la cooperación española.

La zona de intervención se divide en 2 zonas distintas que tienen condiciones de acceso y necesidades relativamente diferentes pero ambas pertinentes. En particular la zona del Kaarta es una zona fuertemente aislada con importantes problemas de disponibilidad alimentaria y con poco apoyo de ONG a excepción de MPDL. Este aislamiento constituye un desafío para el trabajo del equipo de MPDL, que se ha visto obligado a desarrollar mecanismos para sortear los problemas reales de acceso a la zona, en particular en lo que respecta a la coordinación entre los animadores y los responsables de las acciones.

²⁶ No tenemos en cuenta en este análisis la ayuda humanitaria que es una ayuda de emergencia distinta de un proyecto de desarrollo.

El proceso de identificación inicial permitió determinar las necesidades de los actores implicados, incluidas las mujeres. Las actividades elegidas constituyen respuestas adecuadas a dichas necesidades y fueron diseñadas con la participación de las población y de las autoridades locales que la representan.

La formulación de las PAC ha permitido concretar las actividades garantizando la coherencia de las acciones y respondiendo a las necesidades de la población. Durante los ejercicios de planificación anuales, MPDL ha tenido en cuenta las necesidades de las mujeres, pero se echa de menos una mayor implicación de la CAFO en este sentido. Las capacidades de la CAFO siguen siendo aún muy débiles: la organización no conoce suficientemente a las agrupaciones femeninas que participan en el convenio en las zonas rurales del Kaarta.

MPDL ha obtenido una cantidad importante de financiación que completa las acciones del Convenio en Malí, principalmente en materia de seguridad alimentaria y nutricional. Es importante señalar el trabajo de reformulación realizado para el proyecto CE cuyo objetivo es contribuir a la disminución de las MGF: permitió encontrar sinergias entre este proyecto y el Convenio y evitar la duplicación de esfuerzos sobre el terreno. MPDL ha realizado un esfuerzo muy importante para disminuir la dispersión programática y el solapamiento entre acciones y proyectos y ha optado por unificar las acciones alrededor del Convenio para mejorar la eficacia y eficiencia de la organización en Malí.

4.2 Análisis de los procesos de ejecución y de gestión de la intervención en Malí

4.2.1 Evolución de los recursos humanos en Malí

Recursos humanos en la sede de MPDL en España: de 2010 a 2012, las acciones en Malí y Níger estaban bajo la supervisión técnica de la Responsable del Convenio, ella misma supervisada por la Responsable del Área de África. El Responsable del Departamento de Comunicación era el responsable de la acción 6. Durante el primer trimestre de 2012, MPDL realiza un cambio de organización del Departamento Internacional, de manera que las áreas geográficas desaparecen y se crean puestos de responsabilidad-país. La supervisión del Convenio se divide en tres unidades: las responsable país de Malí supervisa las acciones 1, 2 y 3; la Responsable País de Níger supervisa las acciones 4 y 5 y el responsable del departamento de comunicación sigue siendo el responsable de la ejecución de la acción 6. La antigua coordinadora del Convenio es hoy responsable país para Malí, lo que implica que ha participado en el Convenio desde la fase de diseño, garantizando la continuidad del trabajo.

En Bamako, MPDL tiene un equipo de dirección que comprende un Jefe de Misión, un administrador de misión, un auxiliar administrativo y un chofer. Desde junio de 2014 se reforzó este equipo con la contratación de un Responsable de Seguimiento y Evaluación (RISE). El puesto de Jefe de Misión ha sufrido una fuerte rotación durante el Convenio. La Jefa de Misión presente durante la fase de identificación dejó sus funciones en mayo de 2011 y fue sustituida en agosto de 2011. Su sustituto sólo estuvo 8 meses en el puesto –hasta febrero de 2012- y lo abandonó por razones personales.

Finalmente, MPDL debió adaptarse a la inestabilidad política y hacer cambios de personal. En Marzo de 2012 cuando se produce el golpe de estado y el rápido avance de los grupos rebeldes hacia el sur, MPDL decide nacionalizar el puesto de responsable de proyecto y contratar a un jefe de misión con un perfil más experimentado, que pudiese garantizar la gestión de la seguridad en el terreno, así como adaptarse a las nuevas circunstancias de la misión. Sin embargo, por motivos internos, MPDL no pudo designar a este nuevo Jefe de Misión hasta septiembre de 2012. Así entre abril y agosto de 2012, la coordinadora de convenio primero, y responsable país Malí después, debió asumir las funciones de Jefe de Misión provisionalmente, además de la función de Responsable de Seguridad alimentaria provisionalmente quien asumía ya desde noviembre 2011. En agosto de 2012 se designa al nuevo responsable de seguridad alimentaria, puesto vacante desde noviembre de 2011, y en Septiembre de 2012 al jefe de misión.

En la zona de intervención, a Kita, el equipo comprende:

1. Un equipo Seguridad Alimentaria. El equipo Seguridad Alimentaria depende del Responsable de Seguridad Alimentaria que tiene bajo su dirección dos coordinadores de zona: el coordinador de la zona Norte del Convenio y el coordinador de la zona Sur del Convenio. Cada coordinador de zona supervisa el trabajo de 3 animadores.
2. Un equipo Nutrición que se creó en 2013 para reforzar el aspecto nutrición del Convenio. Depende de la Responsable de Nutrición que supervisa el trabajo de los 3 animadores nutrición.
3. Un Responsable de base/administrador. que se encarga del seguimiento logístico y financiero de las actividades de la base de Kita. Este puesto había sido nacionalizado a principios de 2014 por motivos de seguridad (hasta entonces era un administrador expatriado). No obstante la persona designada en Enero de 2014 para cubrir el puesto abandonó la organización sólo tres meses después de su contratación. El Responsable de base actual asumió sus funciones en julio de 2014.
4. Un Ingeniero especializado en obras en el ámbito rural, en funciones desde marzo de 2011 que supervisa todo el ciclo de gestión de las construcciones del Convenio (elaboración de los pliegos técnicos y de licitación, participación en el proceso de selección de las empresas junto con el Jefe de misión y el responsable de seguridad alimentaria, selección de la empresa, supervisión de los trabajos y recepción y revisión de la garantía).
5. Un Responsable de Apoyo Asociativo y Género que trabajó de 2011 a mitad de 2012, dimitiendo en esa fecha. Después de su dimisión este puesto fue cubierto a través de una promoción interna. Esta nueva persona dimitió a finales de 2012 y MPDL no encontró un perfil conveniente para este puesto. Finalmente Sini Sanumam se insertó como socio al Convenio y fue responsabilizado en su mayor parte de las actividades en género. Además la nutricionista MPDL que tiene sólidos conceptos en materia de género se encargó por añadidura de supervisar las actividades de SINI SANUMAM. Esta situación hizo disminuir la pertinencia de tal puesto.

El organigrama del personal en Kita ha venido sufriendo cambios relativamente importantes: el puesto del responsable apoyo asociativo y de género desapareció y se creó a un equipo de 4 personas para reforzar el trabajo en nutrición. La rotación de personal ha sido importante en muchos de los puestos. Incluso en el caso de los animadores, algunos puestos vieron pasar a tres animadores diferentes durante la duración del Convenio (es el caso, por ejemplo del animador que trabaja con los pueblos de Farena y Kourounikoto). Las causas de esta rotación de personal se explican por: (I) a la multiplicación del número de actores internacionales intervinientes en el ámbito de la acción humanitaria y de emergencia vinculada a la crisis, lo que aumentó la demanda en el mercado de trabajo y dificultó la contratación de perfiles competentes para algunos puestos (ii) a las adaptaciones decididas por MPDL ante la nueva situación de seguridad.

El puesto que ha sufrido más rotación ha sido el de Responsable de Seguridad Alimentaria. Cuando la Responsable de Seguridad Alimentaria que había participado en el diseño del convenio dejó sus funciones en septiembre de 2011, la Coordinadora del Convenio debió asumir su puesto provisionalmente hasta julio de 2012 (cuando era ya Responsable País Malí). En ese momento se toma la decisión de nacionalizar este puesto por motivos de seguridad, y se cubre mediante la promoción de uno de los coordinadores de zona. Sin embargo, esta persona no consiguió cumplir con las exigencias del puesto y debió dejar sus funciones 5 meses más tarde en diciembre de 2012. De nuevo, MPDL tuvo dificultades para encontrar a un sustituto y el Jefe de Misión debió ejercer las funciones de Responsable de Seguridad Alimentaria hasta octubre de 2013. Así el puesto de Responsable Seguridad Alimentaria estuvo a cargo de 5 personas diferentes durante el Convenio.

→ El Convenio ha conocido numerosos cambios de personal que han dejado puestos vacantes durante varios meses. No obstante, MPDL supo adaptarse a esta situación y seguir ejecutando el Convenio. El Golpe de Estado de marzo de 2012 tuvo repercusiones importantes: el puesto de jefe de misión, vacante en aquel momento, porque el último jefe de misión había abandonado MPDL en el mes de febrero, fue readaptado a la nueva situación. El puesto de responsable de

seguridad alimentaria fue nacionalizado. Durante este período de inestabilidad política la Coordinadora del Convenio que se ha convertido en ese momento Responsable geográfico Malí asumió los distintos puestos provisionalmente y mantuvo el ritmo de aplicación de las actividades del Convenio en Malí. Después de contratado el Jefe de Misión, y despedido por razones de incumplimiento de contrato el responsable de seguridad alimentaria, el Jefe de Misión tuvo que asumir el puesto de seguridad alimentaria durante un año a falta de perfiles interesantes para este puesto.

4.2.2 Coordinación de la intervención en Malí

¿Cómo se realiza la coordinación de las acciones 1, 2 y 3 internamente? ¿Cuáles fueron los obstáculos detectados y las soluciones encontradas?

Hasta 2012, la Responsable del Convenio supervisa las acciones del Convenio en Malí y en Níger, para lo cual pasa un 50% de su tiempo en el terreno. A raíz de la reestructuración del Departamento Internacional de MPDL, el puesto de responsable del Convenio desaparece y el seguimiento de las acciones en Malí desde Madrid pasa a la responsabilidad de la Responsable País Malí (que es realmente la antigua responsable del Convenio). A partir de este momento, dicha responsable país se concentra en la supervisión de las acciones desde Madrid disminuyendo los viajes a Malí a 2-3 semanas cada 6 meses y delegando el seguimiento continuo de las actividades en el Jefe de Misión. En el contexto de la integración programática de las acciones de MPDL en el país esta opción cobra mucho más sentido.

El Jefe de Misión está basado en Bamako y realiza visitas frecuentes de seguimiento a Kita. Es responsable de la supervisión de las acciones del Convenio, con el apoyo del RISE que acaba de asumir sus funciones y debería trabajar entre Bamako y Kita para establecer un sistema de seguimiento de las actividades de MPDL en Malí. A partir de la información enviada por los Responsables de Seguridad Alimentaria y Nutrición, el Jefe de Misión redacta los informes técnicos demandados por el AECID que envía a la Responsable País en Sede. Asimismo, el Jefe de Misión, revisa los informes y los justificantes financieros que son preparados por el Administrador de Misión y Responsable de base de Kita. En 2013, el Jefe de Misión elaboró con los responsables Seguridad Alimentaria y Nutrición las estrategias para los distintos tipos de actividades del Convenio con el fin de homogenizar el trabajo entre los animadores y garantizar la calidad del trabajo realizado.

El Responsable de Seguridad Alimentaria está encargado de garantizar la correcta ejecución de las acciones de Seguridad Alimentaria con vistas a la consecución de los resultados y objetivos del Convenio. Está basado entre Bamako y Kita, pero con predominancia en Kita. En base a la información proporcionada por los coordinadores de zona, realiza un informe analítico mensual que envía al Jefe de Misión. Define también en colaboración con el Jefe de Misión los métodos de acción y la planificación de las actividades de Seguridad Alimentaria. Se reúne mensualmente con el equipo local para revisar el trabajo realizado, planificar el trabajo del próximo mes y aportar las asistencias técnicas pertinentes.

La Responsable de Nutrición está encargada de garantizar la correcta ejecución de las actividades de nutrición con vistas a la consecución de los resultados y objetivos del Convenio y de los demás proyectos de nutrición; define las estrategias, hace el seguimiento de las acciones de nutrición y redacta informes mensuales de seguimiento en base a los datos proporcionados por sus animadores de terreno. Estos informes se envían al Jefe de Misión y a la Responsable País en Sede. Participa también en las reuniones mensuales de terreno para supervisar el trabajo realizado y planear las actividades futuras. Está basada entre Bamako, Kita y Sikasso.

El Ingeniero está encargado de la buena ejecución de las construcciones desde el momento de su planificación, pasando por la selección de la empresa, la ejecución de la obra, hasta la recepción definitiva. Trabaja directamente bajo la supervisión del Jefe de Misión y reside en Kita. Realiza regularmente giras de supervisión con los coordinadores de zona o en solitario para ver el estado de las obras en curso.

Los 2 coordinadores de zona que trabajan bajo la supervisión del Responsable de Seguridad Alimentaria están basados en Kita. Sus funciones consisten principalmente en

supervisar el trabajo de los animadores *in situ* y apoyar la aplicación de las acciones de seguridad alimentaria. La zona de intervención es amplia y una gran parte está bastante aislada, como ya se ha mencionado. Por consiguiente, las visitas de seguimiento de los coordinadores son de varios días y comprenden varios pueblos. Los coordinadores realizan normalmente una gira de supervisión al mes. Los coordinadores de zona entregan mensualmente al responsable de SA un informe de seguimiento que redactan a partir de la información proporcionada por los animadores.

Los animadores de seguridad alimentaria y nutrición son 9 en total: están encargados de implementar las actividades del Convenio. Están basados en pueblos dentro de las zonas de intervención y se encargan de supervisar las acciones en el pueblo donde residen y las de los pueblos circundantes. Cada mes, estos animadores se desplazan a Kita para presentar su informe de actividades y planear las actividades del mes que viene con el resto del equipo MPDL. Es el único momento en que se al todo el equipo de terreno del Convenio, por lo que se trata de un momento esencial para que el equipo tenga una visión de conjunto de la intervención, y que los animadores puedan intercambiar experiencias y lecciones aprendidas.

En lo que respecta a la difusión y uso de la información, el equipo MPDL debe intercambiar los documentos en las distintas sedes (Kita, Bamako, Madrid) por correo electrónico o por Dropbox, sobre todo entre Bamako y Madrid, ya que no existe un sistema interno para compartir información que permita a las distintas bases de trabajo tener un acceso constante a la misma. Por otra parte, la mayor parte de las fuentes de verificación se almacenan en formato papel y no son accesibles desde Madrid. Ello se explica por el hecho de que en Malí la conexión de Internet es muy lenta, lo que dificulta el envío de documentos escaneados que pesan mucho. Además, la documentación generada por este proyecto es muy voluminosa y mandarla escaneada implicaría un trabajo considerable, que el equipo MPDL no ha considerado prioritario, en vista de la gran cantidad de actividades de terreno. En conclusión la masa de información es tal que no puede administrarse de manera óptima con las condiciones de conectividad de Malí. Analizaremos con más detalle la pertinencia de las fuentes de verificación en la sección sobre la gestión basada en resultados.

→El personal vinculado al convenio está basado en Madrid, Bamako, Kita y los pueblos de la zona de intervención. Los animadores permanecen la mayor parte del tiempo en el terreno. MPDL consigue garantizar la coordinación del trabajo organizando reuniones mensuales en Kita con todo el equipo del Convenio y realizando visitas de supervisión in situ por parte de los coordinadores de zona, del Responsable de Seguridad Alimentaria y del Jefe de Misión. Las estrategias desarrolladas en 2013 constituyen un elemento esencial en la coordinación interna: permiten homogenizar los métodos de acción. Sin embargo no hay suficiente comunicación de las fuentes de verificación entre Madrid y Bamako. Para mejorar este punto, sería necesario disminuir el volumen de información archivada en Malí, y, en consecuencia analizar y seleccionar qué fuentes de verificación son realmente útiles para la gestión del Convenio.

¿Cómo se garantiza la coordinación entre MPDL y los socios del Convenio (AFLN, CAFO y Sini Sanumam)? ¿Cuáles son los obstáculos encontrados?

MPDL formuló inicialmente este Convenio con dos socios en Malí: AFLN y la CAFO de Kita. Pidió a continuación una modificación sustancial en PAC 3 para incorporar a un tercer socio. Analizaremos en primer lugar la coordinación de MPDL con cada socio para luego estudiar la coordinación entre los socios.

En lo que se refiere a la coordinación entre MPDL y AFLN, la segunda es responsable de las actividades de alfabetización que son programadas entre diciembre y abril de cada año. Las dos partes firmaron al principio de Convenio un acuerdo de colaboración que define objetivos cuantitativos de alfabetización. En la práctica, entre noviembre y diciembre de cada año, MPDL se reúne con el representante de AFLN en Kita para programar las actividades de alfabetización del año siguiente. AFLN y MPDL firman un acuerdo por el cual AFLN se compromete a: (1) contratar y formar a los alfabetizadores

en técnicas de alfabetización funcional; (2) poner a disposición de MPDL a estos Alfabetizadores; (3) supervisar el trabajo de los alfabetizadores, (4) transferir los justificantes financieros y técnicos de las alfabetizaciones en consonancia con los procedimientos de justificación de AECID. De enero a abril, MPDL se reúne regularmente con el representante de AFLN para realizar el seguimiento de los resultados. Los alfabetizadores de AFLN son, por su parte, integrados en el equipo MPDL en el terreno, trabajando en coordinación con los animadores de MPDL. Además, participan en las reuniones mensuales en Kita. Durante la ejecución del Convenio, MPDL optó por que AFLN participase también en las actividades de apoyo asociativo y de sensibilización sobre las MGF.

→ La coordinación de las actividades entre MPDL y AFLN se produce gracias a la coordinación en terreno de los alfabetizadores de AFLN con los animadores de MPDL y a la participación de AFLN y sus animadores en las reuniones mensuales. Se realizan también reuniones institucionales de seguimiento en Kita.

Con respecto a la CAFO, el acuerdo de colaboración firmado entre MPDL y ésta incluía las actividades de refuerzo de las asociaciones miembros del CAFO (OE3R2), de sensibilización en materia de género (OE3R3) y de refuerzo de la estructura en red de la CAFO (OE3R4). Las responsabilidades de cada uno no quedaban tan claras como en el acuerdo con AFLN: la responsabilidad de la CAFO de Kita en la ejecución de las actividades no se explicitaba totalmente. En la práctica, la CAFO no ha desempeñado un papel de socio, sino más bien de beneficiaria o de agrupación de beneficiarias. Las únicas actividades realizadas de manera autónoma por la CAFO han sido la organización de los días conmemorativos de las mujeres -8 de marzo y el 31 de julio- y una gira de sensibilización en la zona del Kaarta durante el 2014. Esta escasa participación se debe principalmente al hecho de que la CAFO no tenía las capacidades suficientes al principio de Convenio para desempeñar un papel de socio. Con todo, MPDL ha mantenido reuniones frecuentes con la CAFO para garantizar el seguimiento de las actividades de las que la CAFO ha sido beneficiaria: la construcción de la sede, la elaboración del plan estratégico y las formaciones recibidas por sus asociaciones miembros. Además, MPDL participó en las reuniones trimestrales de la oficina del CAFO.

→ La CAFO de Kita no ha ejecutado directamente casi ninguna actividad; las reuniones y la coordinación entre MPDL y el CAFO tuvieron por objeto sobre todo acompañar y reforzar a la propia CAFO de Kita.

En lo que se refiere a Sini Sanumam, esta ONG sólo se integra en el Convenio a partir de la PAC 3 para apoyar las actividades de sensibilización en materia de derechos de las mujeres, en particular la reducción de las MGF. La incorporación de Sini Sanumam es consecuencia de la reformulación de un proyecto que MPDL ejecuta con financiación de la CE y busca una mayor coherencia entre dicho proyecto y el Convenio AECID. La participación de Sini Sanumam durará hasta julio de 2013, fecha de final del proyecto CE. Sini Sanumam puso a disposición de MPDL a tres animadores de terreno y un supervisor que se insertaron en el equipo MPDL. Los animadores Sin Sanumam debían coordinarse con los animadores en el terreno y participar en las reuniones mensuales de Kita. El supervisor de Sini Sanumam tenía reuniones periódicas con MPDL en Bamako y Kita para hablar de las planificaciones de las actividades y revisar las dificultades encontradas.

→ Sini Sanumam y MPDL se coordinaban gracias a reuniones institucionales frecuentes, a la participación de los animadores de Sini Sanumam en las reuniones mensuales de Kita y a través de la coordinación entre los animadores en el terreno.

Tres socios pues colaboraron con MPDL en el Convenio en Malí. Ya se ha mencionado que los animadores de AFLN, de Sini Sanumam y de MPDL, consolidaron la práctica de coordinarse y trabajar juntos en el terreno, y que se re-diseñaron las reuniones mensuales en Kita para dar cabida a estos animadores. No obstante, Sini Sanumam y AFLN sólo coincidieron en terreno de enero a abril de 2013 y los representantes de Sini Sanumam y de AFLN no se conocen, a pesar de trabajar sobre el mismo tema los derechos de las mujeres y la MGF y al trabajo conjunto de sus animadores.

En el caso del CAFO, su Presidenta conoce a AFLN ya que coincidieron durante los Comités de pilotaje o dirección de las planificaciones anuales pero no conoce a Sini Sanumam. Eso se explica por la escasa participación de la CAFO en la ejecución de las actividades del Convenio.

¿Cómo se realiza la coordinación con la OTC de Malí? ¿Cuáles son los apoyos recibidos por parte de OTC para facilitar la implementación del Convenio?

La OTC debe en principio reunirse cada dos meses con MPDL, para obtener información sobre el curso de las acciones y hacer recomendaciones en caso necesario. Debe realizar visitas al terreno y revisar las formulaciones de la PAC. Sin embargo, el Responsable de SA de la OTC considera que ésta no encontró el tiempo necesario para un seguimiento adecuado: las reuniones bimestrales no siempre han tenido lugar y la OTC no revisó la PAC 2, 3 y 4 por falta de recursos humanos.

Desde hace poco más de un año, la OTC aumentó su implicación en el seguimiento del Convenio. El Responsable de SA de la OTC mantiene reuniones regulares con MPDL, ha visitado las actividades del terreno, y revisó atentamente la formulación de la PAC 5. También se organizan reuniones en la OTC con todas las ONG de la Cooperación Española con presencia en Malí, con el fin de favorecer su coordinación y establecer sinergias.

¿MPDL trabaja en coordinación con otras organizaciones de la zona de intervención?

Como se ha dicho, la principal zona de intervención del Convenio es el Kaarta y ningún otro protagonista de desarrollo trabaja en esta zona. Así MPDL no tiene que coordinarse con otras organizaciones de desarrollo en esta zona de intervención. Sin embargo, es importante destacar el hecho de que el AECID había optado por apoyar dos Convenios en el Círculo de Kita: MPDL al norte y ACH al sur. Las zonas de intervención estaban próximas y los temas eran idénticos, por lo que MPDL consideró que sería interesante encontrar sinergias. A partir de la fase de formulación, MPDL propuso al responsable de seguridad alimentario de la OTC organizar un clúster “soberanía alimentaria” de la cooperación española en Malí para ayudar a formalizar la coordinación con ACH pero éste no se creó. MPDL pidió también al Jefe del Centro de Salud de Referencia de Kita organizar reuniones de coordinación entre los protagonistas “nutrición” del Círculo (ACH, MPDL y Plan Internacional) pero no se concretaron estas reuniones. Finalmente MPDL propuso a los protagonistas “nutrición” del Círculo encontrarse regularmente para coordinar sus acciones. ACH aceptó reunirse regularmente con MPDL pero la coordinación entre las dos ONG se deterioró durante el Convenio y hoy ACH y MPDL no se reúne ya. ACH no participa tampoco en las reuniones de coordinación que OTC organiza en Bamako.

Esta falta de coordinación ha tenido como consecuencia que ACH haya programado acciones de respuesta a la crisis alimentaria en las zonas de intervención de MPDL, sin informarle convenientemente. MPDL ha tenido varias veces problemas debido a estas acciones de urgencia. Por ejemplo, se han distribuido alimentos sin informar a MPDL, lo que ha influido en la ejecución del Convenio. Así, la participación de las mujeres en el Centro de Alfabetización de 2012 en Séféto fue extremadamente débil debido a actividades de *food for work* llevadas a cabo por ACH en el mismo momento. Asimismo, ACH distribuyó semillas en Blissibougou, lo que dificultó la creación y consolidación del banco de semillas puesto en marcha con el apoyo de MPDL.

En lo que respecta a la coordinación con las organizaciones a nivel nacional, MPDL participa desde 2011 en el FONGIM, el Forum de ONG internacionales en Malí, que constituye un espacio de coordinación entre los actores de desarrollo internacionales. En el seno de dicho foro, MPDL pertenece a los sub-grupos de Seguridad Alimentaria, Seguridad y Administración. También participa en los sub-clúster de nutrición y seguridad alimentaria creados por el equipo humanitario país con motivo de la crisis.

→ MPDL ha tenido dificultades sobre el terreno como consecuencia de acciones de emergencia ejecutadas en sus zonas que pervierten las estrategias de desarrollo en lugar de complementarlas. Esto no es un problema exclusivo de MPDL, sino que es una dinámica que se produce con frecuencia en los contextos declarados de « emergencia » simultáneamente a la realización de acciones de

desarrollo en los mismos. Para paliar este problema la principal estrategia es la participación en los órganos nacionales de coordinación de MPDL, lo que la ONG ya hace.

4.2.3 Cobertura de la intervención en Malí

Este análisis tiene como objetivo evaluar si la información recogida durante la fase de formulación ha permitido definir criterios apropiados de selección de beneficiarios. En Mali, la fase inicial del Convenio identificó tipos de actores que son beneficiarios directos del Convenio:

- Las asociaciones rurales de base mixtas: son beneficiarias de los fondos rotatorios de materiales agrícolas, de los bancos de cereales, de los bancos de semillas, de las formaciones técnicas en agricultura y ganadería, de los pozos pastorales, de los bancos de forraje, de la alfabetización y de las formaciones en gestión asociativa.
- Las agrupaciones femeninas: son beneficiarias de los huertos comunitarios, de las unidades de engorde ovino, de los fondos de avicultura, de los fondos rotativos de material agrícola, de las formaciones en técnicas agrícolas y ganaderas, de las demostraciones culinarias, de los almacenes hortícolas, y las unidades de transformación, de la alfabetización y de las formaciones en gestión asociativa.
- La CAFO de Kita: beneficiaria de formaciones, del apoyo para la elaboración de su plan estratégico y de la construcción de una sede.

¿Han permitido los diagnósticos de la fase de identificación definir criterios de selección de la población beneficiaria? ¿Presenta la documentación de la formulación inicial dichos criterios?

En el curso de la fase de identificación y de formulación del convenio, MPDL realizó una serie de diagnósticos. En particular, un diagnóstico participativo que permitió conocer las necesidades y las condiciones de vida de las poblaciones en la zona de intervención. A través de esta información MPDL definió criterios de selección de los pueblos beneficiarios de las acciones, a saber, el grado de vulnerabilidad de los pueblos en relación a la seguridad alimentaria, la cohesión social existente, la potencialidad en materia de recursos naturales, la potencialidad en materia económica y comercial la integración del enfoque de género, y si se trataba de pueblos donde MPDL había intervenido previamente o no. Una vez que se seleccionaron los pueblos, MPDL optó por trabajar con las asociaciones existentes, respondiendo a las necesidades por ellas formuladas. MPDL había realizado un estudio de las asociaciones de la región que había identificado que cada pueblo contaba con una asociación de base que agrupaba a las mujeres y una asociación que agrupaba a los hombres. Así, mediante el trabajo con las asociaciones de hombres y de mujeres, MPDL buscaba trabajar con toda la población.

Sin embargo, en la práctica, no todas las personas del pueblo participan de la misma manera en las asociaciones, por lo que no todos los miembros de la asociación tienen necesariamente el mismo acceso a los beneficios de la intervención. Por ejemplo, los fondos rotativos de material agrícola no podían financiar más de 20 personas al año como media, mientras que los miembros de las asociaciones oscilan en torno a los 100 miembros. Esto ha sido corregido a lo largo de la ejecución de las actividades: desde el final de la PAC 4 las actividades realizadas han obedecido a criterios de inclusión y MPDL se ha empeñado en que las actividades puedan llegar a todos los miembros del pueblo en función de su vulnerabilidad.

→ La formulación inicial generó una información interesante para definir los criterios de selección de la población beneficiaria. Igualmente, identificó las necesidades de la población. Inicialmente el trabajo se concentró en las personas que formaban parte de las asociaciones sin garantizar que la intervención afectaba realmente a las personas más vulnerables. La definición de estos criterios de vulnerabilidad se ha realizado durante la vida del Convenio.

¿Cuáles han sido los criterios de selección de los diferentes beneficiarios/as del Convenio? ¿Han sido alcanzados los diferentes beneficiarios directos definidos como población objetivo? ¿Ha habido distorsiones?

En lo que respecta a los bancos de cereales y los bancos de semillas, el criterio utilizado es el de « el que llega primero es atendido primero ». Si bien, hay que señalar que las fechas de comienzo de la venta de cereales y de semillas son decididas por la población en asamblea general y anunciadas públicamente en todo el pueblo con antelación. Los precios de compra y de venta son fijados por los comités de gestión y por las autoridades del pueblo, y las familias más vulnerables pueden comprar cereales a crédito. En el caso de los bancos de cereales, la demanda es en la mayoría de los casos superior a la oferta y ciertas familias no pueden acceder al stock aunque así lo deseen. El criterio de selección « el primero que llega es el primero que compra » no garantiza que las familias más vulnerables sean las beneficiarias.

En lo que respecta a los huertos comunitarios, todas las mujeres miembros de las agrupaciones femeninas han podido acceder a una parcela. La repartición de las parcelas ha sido siempre facilitada por el animador del MPDL y las autoridades tradicionales. Ciertas mujeres que no formaban parte de las asociaciones solicitaron participar en los huertos a cambio de una cotización suplementaria. No obstante, no todas las mujeres de los pueblos forman parte de las asociaciones, por lo que no es seguro que las familias más pobres hayan podido acceder a una parcela. Este problema fue identificado por MPDL en la PAC 4 y tomado en cuenta para la creación del huerto de Djougoun, en el que se seleccionó a las mujeres más vulnerables del pueblo.

En lo que respecta a los fondos rotativos de materiales la selección de los/as beneficiarios/as constituye un elemento de gran importancia, puesto que la demanda es bastante superior a la oferta. El comité de gestión lanza por lo general un convocatoria para que los campesinos presenten su demanda de material. Una vez recogidas las demandas, un sub-comité de selección es formado por los representantes de las autoridades locales, de los miembros de los Comités de Gestión del fondo y de la asociación a la que el fondo pertenece. Este comité selecciona los beneficiarios del fondo con los criterios siguientes : ser capaz de devolver el crédito, no haberse beneficiado antes del fondo, ser vulnerable, y estar entre las primeras demandas. Estos criterios son respetados pero el criterio de vulnerabilidad adolece de cierta vaguedad, lo que da lugar a la interpretación del sub-comité. Cada fondo sólo beneficia a entre 10 y 20 personas por año y pueblo, por lo que no está garantizado que sean las personas más vulnerables las que finalmente acceden a los materiales.

En lo que respecta a las actividades de nutrición, MPDL realizó un censo y un seguimiento sistemático de la población infantil que le ha permitido beneficiar realmente a los niños/as que más lo necesitan. Las recetas de las demostraciones culinarias son definidas en función de los problemas de malnutrición detectados en el pueblo. La estrategia FARN es ejecutada en respuesta a los datos de seguimiento nutricional de la población infantil. Así, las actividades de nutrición sí que tuvieron desde el principio como población meta a los más vulnerables, ya que tuvieron en cuenta a la totalidad de niños y niñas de los pueblos.

En lo que respecta a las actividades de engorde ovino y avicultura mejorada, las estrategias formuladas por MPDL en 2013 definen claramente los criterios para seleccionar a la población beneficiaria. La determinación de la población meta se realizó mediante el método de análisis de la economía de los hogares, que consiste en realizar la categorización de los hogares en base a criterios de vulnerabilidad. Estos criterios toman en cuenta la producción, la superficie cultivada, el equipamiento agrícola, la talla del hogar, la mano de obra del hogar, los medios de transporte disponibles en el hogar, y el stock de alimentos en el hogar. El equipo de evaluación ha constatado que este método había sido respetado, seleccionando pues a las mujeres más vulnerables como beneficiarias.

En lo que respecta a los pozos pastorales, todos los habitantes del pueblo pueden llevar a sus animales a los pozos, a condición de que paguen la cotización. Las poblaciones trashumantes pueden igualmente llevar a su ganado a los pozos, si pagan una cotización mensual o una cotización puntual, en caso de que simplemente se encuentren de paso. No existe problema de agotamiento de los pozos en Siramissé, pero sí un problema de recarga del depósito de agua en Séféto que, sin embargo, no impide que los animales

beban del pozo.²⁷ Los pozos pastorales pueden por tanto beneficiar a todos los miembros del pueblo y a la población trashumante, que, por lo general, constituye un colectivo difícil de alcanzar por las intervenciones de desarrollo.

Finalmente para las formaciones, en particular la alfabetización, los animadores de MPDL seleccionan a los participantes asegurándose de que todos los miembros de las asociaciones puedan participar. En concreto, se ha priorizado la participación de mujeres jóvenes y de miembros de los comités de gestión. El equipo de evaluación constató que todos los comités de gestión tienen al menos un miembro que ha sido alfabetizado en el curso del Convenio, y que todos ellos han recibido un número importante de formaciones.

→ Al principio del Convenio, MPDL privilegió el criterio de pertenencia a una asociación para seleccionar a la población beneficiaria: así fueron elegidos las primeras beneficiarias de los huertos y de los fondos de material agrícola. A continuación, al constatar la distorsión que esto introducía, MPDL desarrolló estrategias para incorporar a toda la población de los pueblos al Convenio: se obligó a los CG de los fondos de materiales a tener en cuenta las demandas de toda la población; asimismo, se instauraron mecanismos para que los bancos de semillas y de cereales beneficiasen a todos, de modo que el acceso de las familias más vulnerables fuera posible. Sin embargo, éste no está completamente garantizado para algunas actividades. Las actividades puestas en marcha más tarde, (nutrición, AGR, el huerto de Djougoun) cuentan con mecanismos más sólidos de identificación de la población meta con criterios de vulnerabilidad.

4.2.4 Participación y apropiación en Malí

¿Cuál ha sido el nivel de apropiación por los socios locales? ¿Son autónomos en la toma de decisiones? ¿Han recibido una formación sobre las obligaciones relativas a la gestión del Convenio?

Los socios locales son la CAFO de Kita, Sini Sanumam y AFLN. Su participación en la toma de decisión se concentra en las actividades que ellos ejecutan o en las actividades en que participan.

Sini Sanumam ha realizado muchas de las actividades de sensibilización sobre los derechos de las mujeres (OE3R3). La ONG definió con MPDL las actividades en este ámbito y se hacía responsable de la calidad de la implementación de las mismas por los animadores, sin perjuicio del derecho de supervisión de MPDL. Sini Sanumam ha recibido igualmente un apoyo permanente por parte de MPDL para la presentación de los justificantes financieros y técnicos de forma apropiada. Su participación en el resultado OE3R3 es suficiente pero la organización no está implicada en ninguna otra de las actividades del Convenio y no conoce la lógica general del mismo.

AFLN, como ya se ha dicho, está encargado de la ejecución del resultado OE3R1 – alfabetización- Mediante la inclusión de la vida asociativa y la mutilación genital femenina dentro de las temáticas de alfabetización, AFLN ha participado también en el refuerzo asociativo y en la sensibilización sobre los derechos de las mujeres. La ONG ha reforzado a la población beneficiaria de las acciones 1 y 2 en materia de uso de las herramientas de gestión (unidades de transformación, huertos, bancos y fondos). El responsable de la antena de Kita ha participado activamente en la formulación de dichas actividades y se ha responsabilizado de la calidad del trabajo de los formadores de AFLN sin perjuicio del derecho de supervisión de MPDL. MPDL ha apoyado a AFLN para garantizar que los justificantes financieros y técnicos responden a las obligaciones del Convenio.

Finalmente la CAFO de Kita se ha beneficiado del Convenio, pero no ha participado demasiado en la realización de actividades, como ya se ha reseñado más arriba. Si bien la CAFO ha avanzado ampliamente en su refuerzo desde el inicio del Convenio, no ha mostrado por el momento una actitud de socio, sino más bien de beneficiario. Podría haber, por ejemplo, apoyado las actividades de género de Sini Sanumam. En el acuerdo de colaboración firmado entre la CAFO y MPDL, se preveía que la CAFO participase en el resultado OE3R3 relativo la sensibilización sobre los derechos de las mujeres como

²⁷ El equipo de evaluación solo visitó los pozos de Séféto y Siramissé.

representante de un número importante de asociaciones femeninas. Sin embargo, durante las reuniones del equipo evaluador con el Comité Ejecutivo de la CAFO, éste manifestó no conocer a Sini Sanumam.

→ MPDL no ha buscado socios especializados en seguridad alimentaria y nutricional que se responsabilicen del conjunto del Convenio en Malí. La estrategia de la organización ha consistido más bien en escoger ONGs locales que completan las capacidades técnicas de MPDL. Así, MPDL ha seleccionado a AFLN para la alfabetización y a Sini Sanumam para las acciones de apoyo a los derechos de las mujeres, si bien en este último ámbito MPDL también ha realizado actividades, y, de modo muy marginal, también la CAFO de Kita. Los socios han recibido un acompañamiento permanente de MPDL en sus actividades y sobre sus obligaciones, y han tomado las decisiones en concertación con MPDL, con el fin de garantizar una coherencia del conjunto de la intervención. En el caso de la CAFO, ésta debería federar a las asociaciones de mujeres y participar más en acciones del convenio. Sin embargo, ha mostrado una débil participación como socio. Esto se debe principalmente a que no disponía de capacidades suficientes para desempeñar un papel de socio. A pesar de los apoyos recibidos, aún hoy la CAFO no tiene estas capacidades.

[¿Qué papel desempeñan las autoridades locales en la puesta en marcha de las actividades del Convenio? ¿En qué medida han participado en la gestión del convenio?](#)

Las alcaldías y las autoridades tradicionales realizan un seguimiento bastante estrecho de las actividades del Convenio: consideran que MPDL les mantiene al corriente de dichas actividades y que la coordinación es de calidad. Colaboran en transmitir los mensajes de MPDL a la población y a las asociaciones y movilizan a la población para las actividades comunitarias ligadas al Convenio.

Las autoridades desempeñan igualmente un papel esencial en la atribución de terrenos para las actividades del Convenio. Los jefes tradicionales de los pueblos y los alcaldes proponen un terreno a MPDL que responda a las necesidades de la actividad, tal y como las expresa la organización en función de cuestiones técnicas propias de la actividad. Así, en el caso del terreno para la unidad de transformación de Kourounikoto, las autoridades locales propusieron un terreno en frente de los huertos y en la carretera que lleva a Dindanko, que constituye un lugar de paso. Una vez que se eligió el terreno, la alcaldía elaboró un documento de propiedad de estas tierras a nombre de la asociación beneficiaria. En Kita la alcaldía tuvo dificultades para encontrar terrenos para la unidad de transformación. el quiosco de venta y la sede de la CAFO, pues Kita es una comuna urbana con pocos terrenos disponibles. Así, MPDL tuvo que aceptar terrenos algo alejados con un débil acceso a los servicios. Por tanto, la sede de la CAFO no dispone de conexión a la electricidad y se edificó sobre un terreno algo pantanoso que ha tenido que ser terraplenado; la conexión de la unidad de transformación de Kita al agua y a la electricidad es extremadamente costosa; y la alcaldía no encuentra un lugar para instalar el quiosco de venta.

Finalmente es importante subrayar la importancia que dan las autoridades tradicionales a las actividades del Convenio. Así, ciertos jefes de pueblo han reforzado el seguimiento que realizan de las actividades mediante la designación de consejeros para supervisarlas y facilitar de este modo el trabajo de MPDL.

→ Con carácter general, las autoridades están implicadas en la intervención. Conocen las actividades y participan en ellas de forma apropiada en los momentos oportunos. MPDL ha decidido centrar su estrategia de refuerzo de capacidades en la sociedad civil y no en el Estado, si bien podrían programarse formaciones en seguimiento de proyecto destinadas a los alcaldes para que éstos puedan participar de manera más activa en el Convenio.

[¿Qué rol desempeñan los servicios descentralizados del estado en la ejecución del Convenio? ¿En qué medida han sido integrados en la gestión del mismo?](#)

Desde la fase de diagnóstico e identificación MPDL organizó talleres de validación del Convenio con los servicios técnicos del estado, si bien la presencia de los mismos en las

Comunas de intervención es mínima. En el curso de la ejecución del Convenio los servicios técnicos han apoyado diferentes actividades.

El Servicio de Urbanismo de la ciudad de Kita ha apoyado las construcciones de la unidad de transformación y de la sede de la CAFO de Kita. Los técnicos del servicio han validado los pliegos técnicos de las obras, han supervisado las construcciones y han participado en las recepciones provisional y definitiva de las obras.

El Servicio de Ingeniería Rural ha apoyado las construcciones rurales del Convenio desde la PAC 1. De manera análoga al Servicio de Urbanismo, los técnicos de este servicio han validado los pliegos técnicos de las obras, supervisado las construcciones y participado en las recepciones provisional y definitiva de las obras: principalmente la unidad de transformación de Kourounikoto, los pozos de gran diámetro de los huertos, los almacenes hortícolas, los bancos de cereales y de semillas y la presa de Séféto. Según MPDL la relación ha sido fluida.

El Servicio de Hidráulica ha trabajado conjuntamente con el MPDL a partir de 2013. Este Servicio ha colaborado sobre todo con el ingeniero de MPDL en la identificación de los pueblos prioritarios para la construcción de puntos de agua con bombas de motricidad humana. El Servicio dispone de una base de datos y de encuestas que fue facilitada a MPDL para definir los lugares más idóneos para las construcciones en función de las necesidades identificadas por el Estado. Asimismo el Servicio ha realizado el seguimiento de las construcciones, ha apoyado el análisis del agua de los pozos con la finalidad de garantizar la calidad de la misma y ha participado en la recepción de los pozos.

El Servicio de Agricultura no ha colaborado demasiado con MPDL porque no tiene los medios suficientes para tener personal activo en la zona de intervención. No obstante se han mantenido reuniones entre MPDL y este servicio para informarle de las actividades del Convenio.

El Servicio de Producción y de Industrias Animales ha colaborado con MPDL a partir del 2013 en la formulación de las actividades de engorde ovino, de tratamiento de la paja con urea y en la formación en parasitosis interna y externa del ganado. Además de las formaciones, el Servicio ha realizado supervisiones sobre el terreno en Néguebougou.

Finalmente en el momento de la concreción y modificación de la estrategia para el resultado OE1R4 sobre la gestión de recursos naturales, MPDL optó por colaborar con el Servicio de Aguas y Bosques. Dicho Servicio se responsabilizó de las formaciones sobre los textos reglamentarios y sobre la gestión de recursos naturales y apoyó la elaboración de convenios de gestión de recursos naturales a nivel de cada comuna.

→ Los Servicios del Estado tienen pocos medios y su implicación en el Convenio sólo puede ser limitada, a no ser que reciban un apoyo financiero importante. A pesar de esta limitación se ha conseguido implicar a los servicios técnicos desconcentrados, principalmente a partir de 2013.

¿En qué medida participa la población beneficiaria en la gestión del Convenio? ¿Cómo se promueve la participación de las mujeres ?

Para cada actividad ejecutada en el marco del Convenio, las asociaciones eligen un comité de gestión que las representa ante MPDL. Los criterios de selección son: ser una persona que trabaje de modo voluntario, motivada y presente en el pueblo durante todo el año (es decir, que no emigre estacionalmente). Este comité se renueva supuestamente cada tres años, o todos los años –las opciones difieren en cada pueblo-. En la práctica, el equipo de evaluación ha constatado que los miembros de los comités han sido renovados en sus puestos desde la creación de los comités. No ha sido posible averiguar si dicha renovación ha sido sistemática y se debe al hecho de que las personas del pueblo están por lo general satisfechos del trabajo realizado por los comités o porque hay problemas de gobernanza interna en las asociaciones. Hay que decir, no obstante, que esta renovación se realiza en presencia de todo el pueblo y con la supervisión del jefe del pueblo y sus consejeros, lo que garantiza una cierta transparencia en el proceso. Los CG son esenciales en la gestión del Convenio, ya que son el nexo que comunica la población beneficiaria con el MPDL. Los comités presentan a los animadores los datos de seguimiento de las actividades (cuadernos de seguimiento de los perímetros, cuaderno de seguimiento del reembolso de los fondos, cuaderno de

gestión de los stocks de cereales y de las semillas, cuentas de explotación de las unidades) Apoyan igualmente a los animadores en la movilización de los beneficiarios para las formaciones.

En lo que respecta a las mujeres, éstas están presentes en los comités de gestión y participan activamente en los procesos de gestión del Convenio. Así, en las agrupaciones de mujeres que han sido entrevistadas durante la fase de campo de la evaluación, todos los miembros del CG son mujeres y las decisiones son tomadas por ellas mismas, sin que los hombres participen en cuestiones clave tales como la gestión de la tesorería o la resolución de conflictos internos de la asociación. Las mujeres llevan los libros de cuentas de las unidades de transformación y los cuadernos de seguimiento de los huertos comunitarios. En las asociaciones mixtas, la mayoría de los miembros de los comités son hombres y, si hay mujeres, éstas tienen puestos poco relevantes. De todos modos esta presencia femenina es un punto positivo teniendo en cuenta el contexto rural maliense poco favorable a la participación de las mujeres en organizaciones mixtas.

→ La población beneficiaria, hombres y mujeres, participan activamente en el seguimiento de las actividades y sus contribuciones son esenciales para garantizar una gestión adecuada del Convenio.

4.2.5 Gestión basada en resultados en Malí

Analizar la gestión basada en resultados tiene como fin evaluar si el Convenio dispone de un sistema de indicadores y de fuentes de verificación que permite un seguimiento adecuado y pertinente de las acciones y si tal sistema es utilizado correctamente como herramienta de gestión y de garantía de calidad de las acciones. Para realizar este análisis el equipo de evaluación ha optado en un primer momento por estudiar el marco lógico y sus indicadores, y, posteriormente ha analizado los sistemas de seguimiento que se han puesto en marcha

Tabla 7. Análisis de los indicadores del marco lógico de las acciones de Malí

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico del Convenio	Comentarios	Fuentes
OE1. Mejorar la calidad, cantidad y estabilidad de los productos alimentarios en el Círculo de Kita	Aumento del 10% de los rendimientos anuales de los cereales de los beneficiarios	Indicador de resultado. Este indicador mide la interacción de distintas actividades (fondo “material”, formaciones, banco semillas)	Investigación anual MPDL, cuadrados de rendimiento
	Aumento del 30% de los rendimientos hortícolas anuales de las mujeres beneficiarias	Indicador de resultado que exige un seguimiento permanente de la producción.	Cuadernos de seguimiento de los huertos
	Reducción 1,5 meses el período de “soudure” en la zona para el maíz y el sorgo	Indicador de resultado que exige una encuesta específica para ser medido.	Investigación anual MPDL
	Aumento del 10% del número de hogares con buenas prácticas en higiene de los alimentos.	Indicador de resultado que exige una encuesta específica para ser medido.	Investigación anual MPDL
OE1R1. La producción y el consumo de productos agrícolas aumentan en el Círculo en Kita	Aumento del 10% de la producción agrícola de las asociaciones beneficiarias de apoyo en agricultura (indicador modificado) <i>(Inicialmente: “Aumento del 30% de la producción agrícola de las asociaciones beneficiarias de apoyo en agricultura”)</i>	Indicador de resultado. Este indicador mide la interacción de distintas actividades (fondo “material”, formaciones, banco semillas)	Investigación anual MPDL, cuadrados de rendimiento
	Reducción 1,5 meses el período de “soudure” en la zona para el maíz y el sorgo	Indicador de resultado que pide una investigación medirse.	Investigación anual MPDL
OE1R2. La producción y el consumo de productos hortícolas aumentan en el Círculo en Kita	Aumento del 30% de los rendimientos hortícolas anuales en los beneficiarias de los huertos	Indicador de resultado que pide un seguimiento permanente de la producción.	Cuadernos de seguimiento de los huertos
	Aumento del 15% de la producción hortícola comercializada por las asociaciones beneficiarias de los huertos	Indicador de resultado que pide un seguimiento permanente de la producción.	Cuadernos de seguimiento de los huertos
	Aumento del 30% de la producción hortícola auto-consumida por las asociaciones beneficiarias de huertos	Indicador de resultado que exige un seguimiento permanente de la producción.	Cuadernos de seguimiento de los huertos

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico del Convenio	Comentarios	Fuentes
OE1R3. La producción y el consumo de los productos de la ganadería aumentan en el Círculo	un 80% de los ganaderos formados vacunan a su ganado y a sus aves de corral (indicador modificado) (Inicialmente: “Aumento del 3% del Nb medio de bovinos por hogar y del 5% del Nb medio de ovejas y caprinos”)	Indicador de resultado que exige una encuesta específica	Datos las asociaciones e investigación MPDL
	un 20% de los ganaderos formados adoptan al menos una de las técnicas de alimentación de los animales (indicador modificado) (Inicialmente: “Aumento del 10% de la carne consumida por las asociaciones beneficiarias de apoyo criadas”)	Indicador de resultado que exige una encuesta específica	Datos las asociaciones e investigación MPDL
	2 infraestructuras hidráulicas, un parque de vacunación y un banco de alimento ganado son funcionales en la zona al final del Convenio (indicador añadido)	Indicador de resultado verificable. Sería necesario añadir a las fuentes de comprobación los informes de los animadores (que siguen el funcionamiento de las estructuras)	Contratos y recepción de las estructuras, actos de constitución de los Comités.
OE1R4. Se sensibiliza a la población del Círculo de Kita sobre la buena gestión de los recursos naturales	Creación y formación de un Comité comunal piloto de gestión de los recursos naturales	Indicador de seguimiento de actividad. Habrían podido añadirle en el indicador que el Comité debe funcionar para ser más un indicador de resultado.	Reglamento del Comité Módulos, informe y lista de asistencia de las formaciones
	Elaboración de un Convenio local de GRN	Indicador de seguimiento de actividad más que de resultado, fácilmente verificable.	Convenio local, lista de asistencia de los talleres
	15.000 personas sensibilizadas sobre incendios forestales y la importancia de la reforestación	Indicador difícilmente verificable ya que es difícil saber se sensibiliza a cuánto personas.	TdR y fotografías de las representaciones, contrato con el grupo de teatro
OE1R5. La alimentación se diversifica y la población del Círculo de Kita adopta las buenas prácticas de higiene alimentaria	Formadas las mujeres que tienen una parcela hortícola en nuevas técnicas gastronómicas (Indicador modificado) (Inicialmente: 15.300 mujeres formadas en nuevas técnicas gastronómicas)	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable. Para ser de resultado, habrían podido añadirle: “los que conocimientos se aumentan” midiéndolo por una pre evaluación y post-formación	Informe y lista de asistencia de los demos
	630 mujeres siguieron 2 formaciones en técnicas de transformación de la leche y la carne	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable. La fuente de verificación puede ser las listas de asistencia y los informes de formación.	Investigación MPDL en final de Convenio

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico del Convenio	Comentarios	Fuentes
	un 30% de las mujeres de los pueblos de intervención utilizan las nuevas técnicas de alimentación	Indicador de resultado poco específico que exige una encuesta específica para ser medido	Investigación MPDL en final de Convenio
OE2. Valorizar la producción local a través de la conservación, transformación y comercialización	un 50% de los hogares beneficiarios de jardines transforman y/o venden la mayor parte de su producción hortícola	Indicador de resultado que exige un seguimiento permanente de la producción	Cuadernos de seguimiento de los huertos
	La renta anual de los huertos es de 2.000.000F/ha.	Indicador de resultado que pide un seguimiento permanente de la producción	Cuadernos de seguimiento de los huertos y encuesta de MPDL
	Las organizaciones que administran las unidades de transformaciones tienen 500.000F de rentas anuales (indicador modificado) <i>(Inicialmente: Las organizaciones que administran las unidades de transformaciones tienen 5.000.000F de rentas anuales)</i>	Indicador de resultado, comprobable por el seguimiento de las cuentas de las unidades de transformación (que realiza los animadores).	Cuaderno de seguimiento de las unidades de transformación
	Los beneficiarios de la dehesa ovina tienen una renta anual adicional de 40.000F por término medio.	Indicador de resultado que exige una encuesta para ser medido.	Cuaderno de seguimiento de las asociaciones
	Los beneficiarios de la avicultura mejorada tienen una renta anual adicional de 40.000F de media	Indicador de resultado que exige una encuesta específica para ser medido.	Cuaderno de seguimiento de las asociaciones
OE2R1. Las técnicas locales de conservación y transformación agrícola se refuerzan, favoreciendo la comercialización	Aumento del 30% de la producción hortícola transformada en las asociaciones beneficiarias de huertos / perímetros	Indicador de resultado que exige una encuesta específica para ser medido	Cuadernos de seguimiento de los huertos
	Aumento del 20% de la producción hortícola comercializada en las asociaciones beneficiarias de huertos / perímetros	Indicador de resultado que exige un seguimiento permanente de la producción	Cuadernos de seguimiento de los huertos
OE2R2. Se aplican algunas actividades generadoras de rentas ir de la producción animal	Las beneficiarias del engorde ovino tienen una renta anual adicional de 40.000F de media. (indicador modificado) <i>(Inicialmente: Aumento del 30% de la producción animal transformada en las asociaciones beneficiarias de apoyo en ganadería)</i>	Indicador de resultado que pide una investigación medirse.	Investigación MPDL
	Las beneficiarias de la avicultura tienen una renta anual adicional de 40.000F de media (indicador modificado) <i>(Inicialmente: Aumento del 20% de la producción animal comercializada en los OCB beneficiarios de ganadería)</i>	Indicador de resultado que pide una investigación medirse.	Investigación MPDL

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico del Convenio	Comentarios	Fuentes
OE3. Reforzar las capacidades institucionales y de gestión de los OCB apoyando un enfoque clase	Las organizaciones de base se reúnen al menos una vez al mes.	Indicadores de resultado y verificables. Los indicadores habrían podido hablar de los “comités de gestión de las organizaciones de base apoyadas por el Convenio” en vez de las organizaciones de base	Investigación anual MPDL
	un 50% de las organizaciones de base escriben actas de las reuniones de manera regular		Investigación anual MPDL
	un 50% de las organizaciones de base pagan regularmente sus cotizaciones con un importe anual medio de 7500F por miembro	Indicador de resultado, verificable	Investigación anual MPDL
	Formalizadas un 40% de las organizaciones rurales de base	Indicador de resultado, verificable	Investigación anual MPDL, Recibo, estatutos, Reglamento de los OCB
	un 29% de los comités de gestión de las organizaciones de base mixtas son mujeres y un 75% de los comités de gestión de las organizaciones femeninas son mujeres	Indicador de resultado y verificable.	Investigación anual MPDL, lista de los CG de los OCB
	un 30% de los miembros de los OCB son alfabetos	Indicador de resultado que exige una encuesta específica para ser medido	Prueba de alfabetización en final de Convenio
OE3R1. Los tipos de analfabetismo se reducen entre los miembros de los OCB del Convenio	Alfabetizados correctamente un 60% de los asistentes a las formaciones en alfabetización	Indicador de resultado, verificable	Informes AFLN y CABO
	un 30% de los miembros de los organizaciones de base son alfabetizados	Indicador de resultado y verificable. Pero AFLN no guarda esta información: no sabe si los participantes en los centros son miembros de las organizaciones	Informes AFLN e informes CABO
OE3. R2. La gestión y el funcionamiento de los OCB que participa el Convenio se refuerzan a través de formaciones e intercambios de experiencias	Los organizaciones de base se reúnen al menos una vez al mes.	Indicadores de resultado y verificables. Los indicadores habrían podido hablar de los “comités de gestión de las organizaciones de base apoyadas por el Convenio” en vez de las organizaciones de base	Encuesta anual MPDL
	un 50% de las organizaciones de base escriben actos de reunión de manera regular		Encuesta anual MPDL
	un 50% de las organizaciones de base pagan regularmente sus cotizaciones con un importe anual medio de 7500F por miembro	Indicador de resultado, verificable	Encuesta anual MPDL
	se formalizan un 40% de las organizaciones de base	Indicador de resultado y verificable	Encuesta MPDL, estatutos, documento de inscripción, Reglamento

Objetivos y resultados	Indicadores del marco lógico del Convenio	Comentarios	Fuentes
	un 29% de los comités de gestión de las organizaciones de base mixtas son mujeres y un 75% de los comités de gestión de las organizaciones de base femeninas son mujeres	Indicador de resultado y verificable	Encuesta anual MPDL, lista de los comités de gestión de las organizaciones de base
OE3R3. Los hombres y las mujeres del Círculo de Kita son sensibilizados sobre los derechos de las mujeres para un cambio de comportamiento sobre las relaciones hombre-mujer.	un 20% de la población del Círculo de Kita ha sido sensibilizada en igualdad de género	Indicador difícilmente comprobable y poco específico sobre los temas de sensibilización.	Lista de asistencia e informes de sensibilización
	se realizaron 40 representaciones teatrales en los 8 municipios de intervención con temáticas de igualdad de género	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable	Lista de asistencia e informes de sensibilización
	se difundieron 144 mensajes radios en los 8 municipios de intervención	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable	Lista de asistencia e informes de sensibilización
	se realizaron 12 conferencias a Kita sobre temas de clase (3 conferencias al año)	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable	Lista de asistencia e informes de sensibilización
	se realizan 126 talleres en los pueblos sobre la problemática de las mujeres	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable	Lista de asistencia e informes de talleres, fotografías
	Apoyo la organización de las jornadas de la mujer del 8 de marzo y el 31 de julio durante los 4 años del Convenio	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable	Informes de la CAFO sobre estas jornadas
	se forma a 60 mujeres de las asociaciones femeninas urbanas de Kita en participación de las mujeres en vida pública	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable	Lista de asistencia e informes de formación y evaluación de los participantes
	60 mujeres de las asociaciones femeninas urbanas de Kita recibieron dos formaciones en género y desarrollo	Indicador de seguimiento de actividad, fácilmente verificable	Lista de asistencia e informes de formación y evaluación de los participantes
OE3R4. Las estructuras de redes y de coordinación se refuerzan en la zona de intervención como estrategia para reforzar las organizaciones de base del Convenio	Aumento del 30% de las asociaciones miembros de la CAFO de Kita	Indicador de resultado y verificable	Informes de la CAFO
	Aumento del 20% del volumen de recursos financieros administrados por la CAFO de Kita	Indicador de resultado y verificable	Informes de la CAFO
	El plan estratégico de la CAFO de Kita es elaborado	Indicador de resultado y verificable	Plan estratégico de la CAFO firmado por su comité ejecutivo

¿Los indicadores del marco lógico del Convenio se formularon de forma apropiada? ¿Tienen éstos en cuenta el enfoque de género tal y como demanda la AECID? ¿Puede proponerse alguna adaptación?

En los resultados 1, 2 y 3 de la acción 1, la gran mayoría de los indicadores son indicadores de resultados que miden los efectos de las actividades realizadas en el marco del Convenio. Habría podido concretarse cuáles son los beneficiarios del Convenio para los que se calculan los rendimientos y la producción de cereales, ya que puede tratarse de los beneficiarios de los fondos rotatorios de material agrícola, de los bancos de semillas y/o los de las formaciones en técnicas de cultivo. Hubiera sido más adecuado medir los efectos de la construcción de la presa de Séféto mediante un indicador específico, en lugar de incluirlo en el cálculo global del aumento de producción agrícola.

El marco lógico incluye también un indicador sobre la disminución del período de carencia entre cosechas y/o “soudure”. Ciertamente la disminución de este período está en relación con el buen funcionamiento de los bancos de cereales y con el aumento de las producciones agrícolas, pero este indicador se deriva en gran parte de condiciones externas al Convenio: el período de “soudure” depende del volumen de cosechas de la campaña anterior que principalmente se deriva de las condiciones climáticas. Durante la PAC 5 MPDL establece un indicador interesante en el marco lógico anual para medir los efectos de los bancos de cereales. Se trata de: “150 hogares vulnerables tienen su suministro de cereales garantizado.”

MPDL también definió indicadores de aumento de los volúmenes de producción hortícola producida²⁸, comercializada y consumida, los cuales exigen un seguimiento constante de las beneficiarias de los huertos. Habría sido interesante conectar estos indicadores con la situación nutricional como, por ejemplo, saber si el aumento de estos porcentajes permite a las mujeres aportar condimentos a la familia durante todo el año.

En los resultados 4 y 5 de la acción 1, la mayoría de los indicadores son indicadores de seguimiento de actividades más que indicadores de resultado. Permiten saber si las actividades previstas se realizaron pero no permiten saber si estas actividades tuvieron los efectos previstos. En el momento de la formulación inicial, MPDL aún no había concretado la estrategia que debe aplicarse para los resultados 4 y 5 y era pues complicado definir indicadores de resultado precisos. En la concretización de las estrategias en PAC 4 y 5, MPDL formuló indicadores de seguimiento de estos resultados (en particular de seguimiento del estado alimenticio de los niños).

En la acción 2, los indicadores propuestos son indicadores de resultado que buscan medir en qué medida la producción es valorizada a través de la conservación, transformación y comercialización. Los indicadores miden las rentas generadas por los huertos, las unidades de transformación agrícola, las unidades de engorde ovino y los gallineros mejorados. Así se hace hincapié en la evaluación de las ventas más que en el seguimiento de la transformación y la conservación para el autoconsumo. MPDL definió estos indicadores pensando que las mujeres tendrían tendencia a consumir casi toda su producción y a vender poco. Sin embargo, en la práctica, MPDL constató que la realidad era la contraria, es decir, que las mujeres vendían casi toda su producción en menoscabo del objetivo de mejorar la alimentación de su familia. MPDL sensibilizó pues a las mujeres a partir de la PAC 4 sobre la importancia de consumir la producción de los jardines y hoy las mujeres afirman consumir la mayor parte de su producción. Habría sido interesante incorporar indicadores de seguimiento nutricional en conexión con las actividades de transformación y conservación en la alimentación de las poblaciones.

En los resultados 1, 2 y 4 de la acción 3, los indicadores propuestos son pertinentes y permiten medir los efectos de las actividades previstas. Habría sido interesante que los indicadores de alfabetización tuviesen en cuenta el enfoque de género, ya que la metodología aplicada por MPDL y AFLN han favorecido la alfabetización de las mujeres.

En el resultado 3 de la acción 3, los indicadores son 8, es decir, un número algo elevado: un sistema de seguimiento no sobrepasa normalmente 3 indicadores por resultado. Además los 8 indicadores no permiten medir los efectos, aunque sí miden si las actividades se realizaron

²⁸ El indicador del marco lógico considera el aumento de los rendimientos hortícolas y no de la producción hortícola pero como las mujeres tienen una parcela de un tamaño constante, el equipo de evaluación consideró que el aumento de los rendimientos era similar a un aumento de producción.

o no. Para este resultado, la realización de un estudio CAP al final de proyecto habría sido seguramente un instrumento pertinente para analizar los cambios de comportamientos en la población. Es necesario destacar el hecho de que este resultado sufrió modificaciones sustanciales durante la aplicación del Convenio con la incorporación de Sini Sanumam.

→La mayoría de los resultados cuentan con indicadores de resultados que permiten evaluar los efectos del Convenio. Los resultados OE1R4, OE1R5 y OE3R3 son los únicos que usan los indicadores de seguimiento de actividad. Son precisamente los tres resultados que sufrieron fuertes reformulaciones durante la aplicación del Convenio.

¿Las fuentes de verificación son fiables, convenientes y su coste es razonable? ¿Fueron correctamente definidas? ¿Son utilizadas por MPDL y los socios locales para hacer un seguimiento sistemático de las acciones?

Tal y como se ha comentado en la sección anterior MPDL definió dos tipos de indicadores en su marco lógico: indicadores de seguimiento de actividades e indicadores de resultados. Los indicadores de seguimiento de las actividades son fácilmente verificables ya que dependen solamente de la realización de la actividad sin necesidad de establecer un sistema de medida adicional: las fuentes de verificación son los informes de seguimiento de actividades y sus justificantes técnicos. Por el contrario, los indicadores de resultados exigen la instauración de sistema de seguimiento ya que los Servicios descentralizados del Estado no hacen seguimiento anual de la producción agrícola y la ganadería y, por consiguiente, MPDL no pudo basarse en sistemas de seguimiento existentes. La ONG se ha visto obligada a realizar la casi totalidad de las actividades de seguimiento con su personal de terreno y con los CG.

La mayoría de los indicadores de resultados de las acciones 1 y 2 exigen un seguimiento sofisticado y costoso en mano de obra para MPDL. Son los animadores MPDL los que deben generar esta información con el apoyo de los CG. Para medir el aumento de rendimiento en cereales, MPDL estableció cuadros / parcelas de rendimiento: se trata de un método de estimación de los rendimientos que implica la aplicación de conocimientos técnicos y el seguimiento del animador. Para calcular el período de “soudure”, MPDL realiza una investigación anual en los pueblos, lo que constituye un trabajo adicional para los animadores. Varios indicadores dependen también del seguimiento permanente de los volúmenes producidos, comercializados, transformados y consumidos en los huertos. Para realizar este seguimiento, las asociaciones de los huertos seleccionaron a 4-5 mujeres, que sirven de muestra y cuyas producciones son pesadas sistemáticamente. Es una tarea que demanda mucho trabajo, ya que las mujeres recogen frecuentemente verdura y deben hacerlo cada vez. Para asegurarse de la fiabilidad de los datos, los animadores deben comprobar que las mujeres rellenan el cuaderno de seguimiento regularmente. Finalmente, no se midieron aún algunos indicadores, ya que se establecieron las actividades en PAC 5. Su medida será seguramente costosa en mano de obra: es el caso del porcentaje de ganaderos que vacunan a sus cabezas de ganado y que adoptan técnicas de alimentación mejorada y de las rentas logradas por las unidades de ganadería. Como para el cálculo del período de “soudure”, los animadores deberán realizar investigaciones en los distintos pueblos beneficiarios.

La medida de los indicadores de resultado de la acción 3 es de coste más razonable ya que las fuentes de verificación no dependen solamente de MPDL. El seguimiento del resultado 1 se hizo con los informes AFLN y del CAP. Para cada campaña, AFLN recogió el número de hombres y mujeres alfabetizados²⁹ distinguiendo a las personas según la fase inicial, la fase de consolidación y la fase post alfa. El seguimiento del resultado 2 debe ser realizado por los animadores MPDL a través de una investigación anual. En la práctica, se trata de datos a los cuales el animador tiene fácilmente acceso ya que trabaja directamente con las organizaciones de base. Los indicadores del resultado 3 son indicadores medibles a través de informes mensuales y justificantes técnicos y financieros. Finalmente las principales fuentes de verificación del resultado 4 son los informes de la CAFO de Kita. La CAFO se ha retrasado a veces en la elaboración, pero, de manera general, el seguimiento ha podido realizarse correctamente

²⁹ No estaba previsto en el sistema de indicadores de distinguir los hombres de las mujeres alfabetizados pero AFLN ha recogido esta información.

→ MPDL debe producir todos los datos de seguimiento del Convenio ya que los servicios del Estado no generan datos anuales de seguimiento de la producción agrícola y ganadera. Las fuentes de verificación necesarias para medir los indicadores de las acciones 1 y 2 son pues numerosas y costosas en mano de obra. Demandan a los CG y a los animadores de MPDL dedicar una parte considerable de su tiempo al seguimiento.

MPDL no puede seguir todas las actividades con los indicadores y las fuentes de comprobación definidos en el marco lógico. Esta es la razón por la que el equipo del proyecto debió tener en cuenta datos complementarios en su sistema de seguimiento para supervisar las acciones 1 y 2. Se trata:

- de la tasa de reembolso y del material concedido por los fondos rotatorios de materiales agrícolas
- de las existencias de cereales, la tesorería y el número de beneficiarios de los bancos de cereales
- de las existencias de semillas y la tesorería de los bancos de semillas
- de las cuentas de explotación de las unidades de transformación y las unidades de transformación de leche y carne.
- del seguimiento nutricional de la población infantil de 6 a 59 meses a través del censo, detección y seguimiento de los niños, incluidos particularmente la beneficiada por la estrategia FARN.

→ Para poder realizar el seguimiento del Convenio, MPDL debe medir otros datos adicionales a los indicadores del marco lógico, lo que aumenta el trabajo de seguimiento del equipo de proyecto. Las fuentes de verificación son demasiado numerosas para ser escaneadas y enviadas a la sede en Madrid y no son muy utilizadas en la gestión del Convenio. Sería necesario revisar el marco lógico para simplificar el sistema de seguimiento eligiendo indicadores que demanden menos esfuerzo y que ayuden mejor a la gestión del Convenio. Un Responsable seguimiento-evaluación acaba de tomar función y está precisamente revisando los sistemas de seguimiento de los proyectos MPDL en Malí y proponer sistemas más útiles.

4.2.6 Eficiencia

¿En qué medida se ha ejecutado el presupuesto del Convenio? ¿Se han respetado de manera global los tiempos? ¿Cuáles han sido las principales razones del retraso en la ejecución de actividades?

El equipo de evaluación ha tenido acceso a la información financiera de ejecución real de la PAC 1 a la PAC 3, tal y como se presentó al financiador en los informes de seguimiento económico, y a la planificación financiera de las PAC 4 y 5. Para la PAC 4 tuvo también acceso a los datos financieros del informe técnico que constituye una estimación y debe ser validado por el informe económico.

Entre la PAC 1 y la PAC 3 se ha ejecutado un 67% del presupuesto planeado. Algunas actividades planificadas para una PAC han tenido que ser pasadas a las PAC siguientes, y, por lo tanto, a veces dichas actividades están presupuestadas dos veces. Es el caso, por ejemplo de la construcción de la sede del CAFO, cuya ejecución se tenía en cuenta a partir de la PAC 1 y que se aplazó a la PAC 2 y más tarde a la PAC 3. Asimismo, la realización de las actividades de ganadería del resultado OE1R3 se presupuestaron en PAC 2 y 3 pero no fueron realizadas. Finalmente fueron realizadas en la PAC 4, por lo que figuran también varias veces en los presupuestos. Si se analiza el porcentaje anual de ejecución presupuestaria y se elimina el posible doble-recuento, se constata que la ejecución presupuestaria oscila entre 62 y 80%. Para cada PAC y cada acción, el equipo de evaluación analizó cuáles habían sido las principales razones de los retrasos de ejecución.

Tabla 8. Comparación entre el presupuesto planificado y ejecutado en Malí

		Planificado	Realizado	Ejecución	Explicación de la diferencia
PAC 1	Acción 1	45.182 €	51.845 €	115%	Débil diferencia - irrelevante
	Acción 2	34.062 €	26.211 €	77%	Débil diferencia – irrelevante
	Acción 3	65.046 €	37.376 €	57%	Retraso en el comienzo de la construcción de la sede de la CAFO de Kita
	TOTAL	144.290 €	115.432 €	80%	
PAC 2	Acción 1	387.475 €	327.138 €	84%	No realización de las actividades de ganadería y de gestión de recursos naturales, retraso en la construcción de los bancos y en la rehabilitación de los huertos
	Acción 2	142.415 €	26.195 €	18%	Retraso en el comienzo de la construcción de la unidad de transformación de Kita y no realización de las actividades de generación de ingresos animales
	Acción 3	226.119 €	181.104 €	80%	Retraso en la construcción de la sede de la CAFO (15% de realización)
	TOTAL	756.009 €	534.437 €	71%	
PAC 3 (golpe de estado)	Acción 1	575.080 €	492.122 €	86%	No realización de las actividades de ganadería y de gestión de recursos naturales, retraso en la construcción del dique de Séféto
	Acción 2	231.767 €	58.719 €	25%	No realización de las actividades de transformación de productos ganaderos
	Acción 3	220.918 €	83.840 €	38%	Anulación de todos los eventos públicos y trabajo con Sini Sanumam
	TOTAL	1.027.765 €	634.681 €	62%	
PAC 4 Datos del informe técnico ³⁰	Acción 1	265.345 €	161.548 €	61%	Retraso en las actividades de gestión de recursos naturales, de ganadería y de nutrición, ahorros sustanciales en la realización de actividades.
	Acción 2	131.606 €	89.053 €	68%	No realización de las actividades de transformación de productos ganaderos.
	Acción 3	121.254 €	101.671 €	84%	Ahorro en la ejecución de actividades
	TOTAL	518.205 €	352.272 €	68%	
PAC 5	Acción 1	268.032 €			
	Acción 2	11.965 €			
	Acción 3	65.577 €			

El escaso porcentaje de ejecución de algunas PAC se explica por distintos factores externos. En primer lugar hay un retraso importante en el desembolso de la financiación AACID 2011. Este proyecto se formula en junio de 2011 y financia supuestamente todas las actividades ganaderas y de GRN del Convenio. A partir de la PAC 2, MPDL inserta las actividades de este proyecto en la planificación anual del Convenio. Sin embargo, la financiación AACID sólo se recibirá en diciembre de 2012 y las actividades sólo podrán ejecutarse a partir de la PAC 4 en 2013, con 2 años de retraso con relación a la formulación inicial del Convenio. Las

³⁰ Estos datos se han extraído del informe anual técnico. No han sido validados por el informe financiero al que el equipo de evaluación no ha tenido acceso, porque no formaba parte de las fuentes bibliográficas de la evaluación.

actividades de transformación de los productos animales tienen que ser planificadas de nuevo en PAC 5. Sin embargo el equipo de evaluación pudo constatar in situ que MPDL parecía haber recuperado este retraso en la ejecución de las actividades tanto de GRN como de ganadería.

Un segundo aspecto que explica los retrasos en la ejecución son las dificultades con el Ayuntamiento de Kita a la hora de ceder terrenos para la construcción de la sede del CAFO y de la unidad de transformación agrícola en Kita. Kita es una ciudad donde la presión en lo que respecta a la propiedad de la tierra comienza a hacerse sentir en forma de falta de disponibilidad de terrenos. Los primeros terrenos propuestos por el Ayuntamiento a MPDL eran terrenos alejados y MPDL tuvo que negociar largamente para recibir finalmente los dos terrenos donde se encuentran hoy la sede de la CAFO de Kita y la unidad de transformación. Aún así, los terrenos finalmente cedidos no son ideales: en el caso de la unidad, el terreno dista mucho de la red de agua y electricidad, razón por la que MPDL debió proveer a la unidad con paneles solares. La unidad no tiene agua corriente. En el caso de la sede de la CAFO, MPDL tuvo también que proveerla con paneles solares; el terreno es pantanoso, por lo que para construir el edificio, fue necesario rellenar y compactar una columna de 5-6 m de tierras y trabajar profundamente los cimientos del edificio para garantizar su solidez.

Un tercer aspecto a tener en cuenta es el Golpe de Estado de marzo de 2012. El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España pidió entonces a todas las ONG españolas cesar la colaboración con los Servicios descentralizados del Estado y demandó: esta disposición se levantó en febrero de 2013. MPDL había planeado una serie de formaciones y su participación en los Días de la Mujer y de la Alfabetización, pero éstos debieron cancelarse. Esta disposición tuvo también repercusiones sobre las formaciones y sobre la construcción de la presa de Séféto que demandaba la participación de los servicios de ganadería, ingeniería rural y agricultura. El trabajo pues se retrasó y pudo terminar hasta la PAC 4.

→ Los retrasos en la ejecución se explican principalmente por factores externos. MPDL ha conseguido recuperarlos. La ONG conseguirá respetar los presupuestos y el tiempo de ejecución. Si el informe económico de la PAC 4 valida datos del informe técnico y si los presupuestos planeados en PAC 5 se realizan al 100%, MPDL habrá realizado 1.982.396€ lo que representa una ejecución del 96% del presupuesto formulado en el Convenio inicial (que era de 2.093.360€).

[¿En qué medida el presupuesto de las cofinanciaciones del Convenio ha sido ejecutado? ¿En qué medida se han respetado los tiempos? ¿Cuáles son las principales causas de los retrasos que se hayan podido producir en la ejecución de las actividades?](#)

Ya se ha mencionado en la parte dedicada a la formulación la integración de las cofinanciaciones y los montos de las mismas.

El proyecto AACID 2009 se formuló en 2009 y comenzó en enero de 2010, antes de la ejecución de las actividades del Convenio. El proyecto preveía una duración de 24 meses. La mayoría de las actividades previstas en el proyecto se realizaron a su debido tiempo, durante 2011: es el caso de la creación de los huertos de Oualiya y Bendougouba, de la rehabilitación de los huertos de Daffela y Bendougouni, de la construcción de los almacenes hortícolas y de las actividades de apoyo asociativo. Sin embargo el proyecto se retrasó en lo que respecta a la construcción de la sede de la CAFO y de la unidad de transformación de la ciudad de Kita que no se produjeron hasta 2012. Como se ha mencionado en el apartado anterior, estas dos actividades se retrasaron ya que la atribución de los terrenos por el ayuntamiento de Kita se demoró más de lo previsto. El proyecto tuvo que finalizar en julio de 2012, es decir, tuvo una duración de 31 meses, lo que supone 7 meses más con respecto a la duración inicialmente programada.

El proyecto AACID 2010 se formuló en 2010 y comenzó en junio de 2011; su duración estimada era 24 meses. El principal cambio en la ejecución de este proyecto fue que éste preveía inicialmente trabajar con el pueblo de Guétala; sin embargo MPDL, debido a los problemas ya reseñados más arriba, tuvo que abandonar el pueblo a mediados del año 2012. MPDL eligió sustituir al apoyo previsto por el proyecto AACID a Guétala por un apoyo al pueblo de Blissibougou que forma parte de la misma comuna. En 2012 (PAC 3), MPDL construyó los huertos de Blissibougou y Dindanko, renovó los de Kourounikoto y Farena y apoyó a la elaboración del plan estratégico del CAFO. En 2013, MPDL se concentró en la

construcción de la unidad de Kourounikoto, la validación y difusión del plan estratégico del CAFO y la formación de las mujeres en participación en la vida pública. Las actividades se realizaron en los plazos previstos y siguiendo los presupuestos planeados inicialmente.

El proyecto de la Diputación de Granada se formuló en mayo de 2010 y comenzó en enero de 2011. Su duración total ha sido de 12 meses. Las dotaciones de insumos y las formaciones de los beneficiarios de los jardines de Bendougouba, Bendougouni, Daffela y Oualiya se realizaron según el calendario previsto. Los apoyos previstos a los Días de la Mujer pudieron realizarse sin dificultad. Por el contrario, el proyecto se retrasó en el apoyo a la elaboración del plan estratégico del CAFO lo que condujo a un retraso en la finalización del proyecto: se presentó en octubre de 2012 el informe final³¹. La razón de este retraso es que este proyecto debía cofinanciar la elaboración del plan estratégico del CAFO además del proyecto AACID 2010. Sin embargo la financiación AACID sólo estuvo disponible en junio de 2011 y no se pudo insertar la elaboración del plan hasta la planificación de 2012. No obstante, se consiguió finalmente realizar todas las actividades planeadas.

El proyecto AACID 2011 se aprobó en junio de 2011 y comenzó en diciembre de 2012. Su duración es de 24 meses. Este proyecto acaba exactamente de terminar y su evaluación final se realizará en el transcurso de los meses venideros. Este proyecto financia las siguientes actividades formuladas en el Convenio: (1) de refuerzo de las actividades ganaderas (OE1R3 y OE2R2 del Convenio); (2) de gestión de los recursos naturales (OE1R4); (3) de alfabetización y refuerzo de las agrupaciones femeninas. Así este proyecto se formula como un complemento de la financiación AECID. El retraso en el comienzo de este proyecto ha tenido impactos importantes en la realización de las actividades del Convenio como ya se ha comentado en apartados anteriores.

→ El conjunto de los proyectos de cofinanciación apoyó la ejecución del Convenio, ya que financiaron actividades previstas en su marco lógico y se complementaron adecuadamente para contribuir a la realización de sus resultados. Los proyectos de la cofinanciación padecieron problemas análogos a los del Convenio, principalmente la lenta atribución de los terrenos en Kita y la situación de inseguridad y de inestabilidad institucional. El problema de gobernanza encontrado en el pueblo de Guétala no tuvo repercusiones significativas en la ejecución del proyecto AACID 2010. Por el contrario, el retraso considerable entre la validación y el comienzo del proyecto AACID 2011 tuvo consecuencias negativas en la ejecución del Convenio.

¿Qué mecanismos ha definido MPDL para garantizar que los costes y los tiempos se encuentran en adecuación con las actividades y los resultados fijados?

MPDL elaboró en 2013 un manual de gestión contable y financiera que recoge los procedimientos MPDL en relación con la gestión de los presupuestos en Malí. Este documento se elaboró (i) en consonancia con las exigencias de los financiadores de MPDL y (ii) en consonancia con la realidad maliense. Para compras inferiores a 50.000F (77 euros), el procedimiento es la compra directa a partir de la lista de proveedores con los que el MPDL tiene la costumbre de trabajar. El personal de MPDL presenta una demanda al responsable administrativo local indicando las características de los productos que desea y estableciendo 3 facturas proforma mínimas de proveedores. El responsable administrativo valida la demanda, emite el cheque y pide al chofer que realice la compra. Para importes superiores a 50.000F, los procedimientos son diferentes para las prestaciones de servicios y para las construcciones tal y como se refleja en el siguiente cuadro:

Tabla 9. Procedimientos de compra de los servicios y de las construcciones

Procedimiento	Servicios	Construcciones
Procedimiento negociado Petición de ofertas por escrito a al menos 4 proveedores	De 78□ a 59.999□	De 78 a 59.999□
Procedimiento restringido Invitación a al menos 4 proveedores previamente seleccionados en función de sus competencias evaluadas previamente	De 60.000 a 199.999□	De 60.000 a 199.999□
Procedimiento abierto Publicación de los TdR en los medios de comunicación	Más de 199.999□	Más de 199.999 □

³¹ El informe final no menciona la fecha de finalización del proyecto.

Con respecto a los procesos de selección de empresas para realizar las construcciones, en 2011 y 2012, MPDL favoreció procedimientos abiertos, incluso por importes pudiendo seguir los procedimientos negociados o limitados. El ingeniero elaboraba los pliegos técnicos, que revisaban el Servicio de ingeniería rural o de Urbanismo en función del tipo de construcción. Los pliegos se publicaban oficialmente a nivel nacional. Una vez recibidas las ofertas, una Comisión interna se reunía en Kita para seleccionar a la empresa. La comisión comprendía el Jefe de Misión, el administrador, el Responsable SA, el coordinador de la zona implicada y el ingeniero. Los contratos que siguieron un procedimiento abierto son:

- La construcción de los almacenes hortícolas (13.700€ - 2011)
- La construcción de los pozos de Séfeto (38.800€ - 2011)
- La construcción de la sede del CAFO a Kita (54.150€ - 2011,2012)
- La construcción de la unidad de transformación de Kita (25.900€ - 2012)
- El lote de construcción de los bancos de cereales y semillas en los municipios de Séfeto Septentrional y Meridionales (28.400 €- 2012)
- El lote de construcción del pozo de Farena y de 2 pozos a Kourounikoto (71.400€ - 2012)
- El lote de construcción de los pozos de Djougounté, Niagané y Nafadji (82.500€ - 2012)
- El lote de construcción de los pozos de Blissibougou y Dindanko (85.600€ - 2012)
- La construcción de la presa de Séfeto (91.000€ - 2012, 2013).

A raíz de los problemas de inseguridad, la comisión se traslada a Bamako a finales de 2012 y se reduce al ingeniero, el Jefe de Misión y el administrador de misión. Los procedimientos se simplifican y se privilegian los procedimientos restringidos para los contratos inferiores a 199.999€. MPDL selecciona entre 6 y 10 empresas y les invita a presentarse. Las empresas invitadas reciben los pliegos preparados por el ingeniero. Una vez recibidas las ofertas, la Comisión interna de MPDL se reúne para seleccionar a la empresa. Los contratos que siguieron este procedimiento son la construcción de la unidad de Kourounikoto (2013), la construcción de los 2 pozos de Kourounikoto (2013), la construcción de los 3 bancos de cereales Mansala, Néguebougou y Djougoun (2014) y la construcción del banco de semillas de Blissibougou (2014). Al simplificar los procesos de selección, MPDL disminuyó el tiempo invertido en los procesos de selección. En los procedimientos abiertos, MPDL recibía numerosas ofertas, muchas de las cuales no tenían una mínima solvencia técnica y financiera; pero que obligaban a la Comisión interna a reunirse a veces durante varios días. Con los procedimientos restringidos, MPDL invita solamente empresas cuya solvencia conoce. Además con los procedimientos restringidos, se gestiona la información financiera controlándola y limitándola a algunas personas, lo que evita posibles casos de corrupción.

Respecto a la supervisión de las obras, el ingeniero realiza al menos dos visitas mensuales de las mismas. El ingeniero forma asimismo a algunas personas de los pueblos en supervisión, sobre todo en lo que respecta a la mezcla de cemento que es un momento crítico para asegurar la calidad de los ladrillos. Para la construcción de la presa, el ingeniero se trasladó a Séfeto durante la construcción, con el fin de garantizar un seguimiento permanente *in situ* dada la envergadura de la obra. Los Servicios Técnicos debían también realizar un seguimiento mensual de las obras pero no fue el caso. A pesar de todo participaron en las recepciones provisionales y definitivas de las obras junto con los jefes de pueblo, los alcaldes y los Presidentes de las asociaciones.

Durante el Convenio, MPDL sólo encontró dificultades en tres contratos de construcciones, lo que es escaso, en vista de las dificultades de acceso a los lugares de construcciones y las condiciones geofísicas que obligan a utilizar explosivos para cavar los pozos. La primera dificultad se presentó con la construcción de los pozos de Bendougouba, Bendougouni y Oualiya. La empresa que se seleccionó a principios de 2011 no tenía las competencias suficientes para realizar pozos con explosivos. MPDL debió pues romper el contrato y convocar nuevamente la licitación para terminar estos pozos en 2012. La segunda dificultad se dio con la recepción de la sede del CAFO en Kita: MPDL pidió a la empresa volver a trabajar sobre el suelo del edificio ya que se agrietaba. La empresa realizó el trabajo demandado. La tercera dificultad se dio con la unidad de Kourounikoto: MPDL pidió a la

empresa volver a trabajar sobre la losa y el techo lo que la empresa hizo, pero esto retrasó el inicio de las actividades de la unidad.

En lo que respecta a los servicios, las compras más importantes son las dotaciones de material o semillas. La mayoría de estas compras tienen importes inferiores a los establecidos, y, por tanto, se realizaron compras con el procedimiento restringido a partir de la lista de proveedores de la que dispone.

→ MPDL favoreció en 2011 y 2012 los procedimientos abiertos. En 2013 MPDL elabora el manual de procedimientos y elige seguir los procedimientos restringidos por los importes inferiores a 199.999 con el fin de aumentar la eficiencia de los procedimientos. MPDL garantiza normas estrictas de calidad y transparencia invitando a un gran número de empresas solventes a participar en las licitaciones. Generalmente los mecanismos establecidos permitieron garantizar costes y tiempo en adecuación con las actividades y los resultados fijados.

¿Los mecanismos de ejecución de los presupuestos por los socios locales son apropiados y están estrechamente coordinados con el MPDL? ¿Se ha requerido adaptación alguna?

Los socios tienen una participación limitada en la gestión de los presupuestos del Convenio. La CAFO sólo tuvo que administrar fondos para la organización de los Días de la Mujer. AFLN y Sini Sanumam solamente recibieron fondos para el pago de los salarios y el desplazamiento de su personal implicado en el Convenio. MPDL administró el resto de los fondos directamente.

Para garantizar una gestión adecuada de los fondos, MPDL se reunió regularmente con los socios y les explicó cómo presentar los justificantes financieros que se limitan, por lo general, a la presentación de los salarios según el formato AECID. Una vez la totalidad de los justificantes financieros entregados por los socios, MPDL paga el último tramo del contrato de prestación de servicios.

→ Los mecanismos de aplicación de los presupuestos por los socios son adecuados. Los socios sólo administran presupuestos limitados y reciben un apoyo constante de MPDL que supervisa la calidad de los justificantes financieros.

¿Los recursos de MPDL presentes en el terreno son utilizados de manera óptima para la gestión del proyecto? ¿Qué adaptaciones ha sido necesario aplicar?

En Kita, el equipo del Convenio está compuesto actualmente por un Responsable SA, una Responsable de Nutrición, un ingeniero, un Responsable de base, 2 coordinadores de zona y 9 animadores (sin contar los guardianes y conductores). La responsable de Malí en sede, el Jefe de Misión y el Administrador de misión dedican también una parte importante de su tiempo a la gestión del Convenio. Hay pues hoy 15 personas a tiempo completo pleno y 3 personas a tiempo parcial para la ejecución del Convenio entre el personal MPDL. Sin embargo, como se ha comentado, el equipo del proyecto ha sido modificado varias veces para responder a las necesidades cambiantes del Convenio.

En primer lugar el equipo de animadores pasó de 6 a 9 personas en 2013, lo que representa un aumento importante. MPDL hizo esta elección, porque necesario reforzar mucho las acciones de nutrición en terreno. Así, se contrató a 3 animadores en 2013 para trabajar exclusivamente en las acciones de nutrición mientras que los 6 animadores que ya estaban en el equipo continuaban con la ejecución de las acciones de Seguridad alimentaria. El número de animadores es importante ya que las zonas de intervención están aisladas y el sistema de seguimiento de los indicadores es pesado: un mismo animador no puede pues trabajar en más de 4 ó 5 pueblos.

→ En vista de los recursos humanos desplegados en el terreno, habría sido interesante formarlos para que fuesen capaces de apoyar la supervisión de las construcciones que el ingeniero ha realizado generalmente en solitario.

Finalmente, MPDL debió adaptarse a la inestabilidad política y hacer cambios de personal. En Marzo de 2012 cuando se produce el golpe de estado y el rápido avance de los grupos rebeldes hacia el sur, MPDL decide nacionalizar el puesto de responsable de proyecto y contratar a un jefe de misión con un perfil más experimentado, que pudiese garantizar la gestión de la seguridad en el terreno, así como adaptarse a las nuevas circunstancias de la

misión. Sin embargo, por motivos internos, MPDL no pudo designar a este nuevo Jefe de Misión hasta septiembre de 2012. Así entre abril y agosto de 2012, la coordinadora de convenio primero, y responsable país Malí después, debió asumir las funciones de Jefe de Misión provisionalmente, además de la función de Responsable de Seguridad alimentaria provisionalmente quien asumía ya desde noviembre 2011. En agosto de 2012 se designa al nuevo responsable de seguridad alimentaria, puesto vacante desde noviembre de 2011, y en Septiembre de 2012 al jefe de misión.

→ MPDL debió cambiar al personal directivo del Convenio en respuesta a la inestabilidad que crecía en la subregión, lo que obligó a la responsable país en sede y luego al Jefe de Misión a una sobrecarga de trabajo. MPDL a pesar de todo consiguió hacer frente a estas dificultades y mantener el ritmo de aplicación de las actividades.

Lo que hay que retener del análisis de los procesos de ejecución y de la gestión de las acciones 1, 2, y 3 del Convenio

En el curso del Convenio, MPDL ha tenido que afrontar una serie de dificultades externas : pago tardío del proyecto AACID 2011, golpe de Estado de 2012, creciente inseguridad, crisis alimentarias. MPDL ha sabido adaptarse a estas dificultades, consiguiendo recuperar los retrasos y ha contenido mantener un ritmo de ejecución de las acciones que le permitirá respetar los presupuestos y los tiempos inicialmente planificados.

Los procedimientos de compra han garantizado que los costes y los tiempos están en adecuación con las actividades y los resultados fijados: han sido simplificados en el 2013, pero se han mantenido estándares estrictos de calidad y de transparencia. Los mecanismos de ejecución del presupuesto por MPDL y sus socios son apropiados.

Aunque las zonas de intervención están aisladas, MPDL ha conseguido establecer una buena coordinación interna y con los socios. Las autoridades locales, los servicios técnicos del Estado, la población beneficiaria, AFLN y Sini Sanumam han mostrado un nivel de apropiación del convenio de acuerdo con su nivel de responsabilidad. Por el contrario, la CAFO que es socia del convenio no ha participado activamente en su gestión.

La mayoría de los resultados del marco lógico cuentan con indicadores de resultado que permiten evaluar los efectos del Convenio. Las fuentes de verificación son numerosas y costosas en mano de obra, pues el MPDL debe producir todos los datos de seguimiento del Convenio. Ello demanda a los CG y a los animadores de MPDL de dedicar una parte importante de su tiempo al seguimiento.

En lo que respecta a la cobertura, MPDL ha desarrollado a lo largo del convenio estrategias de inclusión de los más vulnerables. Al inicio, MPDL privilegió el criterio de pertenencia a una asociación como criterio de selección de las beneficiarias. A continuación, MPDL desarrolló estrategias para incorporar a toda la población en el Convenio. Por último las actividades ejecutadas al final del Convenio cuentan con mecanismos de inclusión de los más vulnerables: MPDL ha definido criterios para guiar la selección de los beneficiarios y los habitantes de los pueblos ha participado en esta selección.

4.3 Resultados de la intervención en Malí

4.3.1 Eficacia de la intervención en Malí

La evaluación de la eficacia de la intervención en Malí tiene por objeto evaluar en qué medida se obtuvieron los resultados y si los objetivos específicos pueden lograrse.

¿En qué medida el resultado “OE1.R1. Aumentada la producción y el consumo de los productos agrícolas en el Círculo de Kita” se ha alcanzado?

Este resultado se basa en 4 actividades principales:

1. La creación y el refuerzo de fondos rotatorios para facilitar el acceso al material agrícola

2. La construcción de una presa para la producción de arroz
3. La creación y el fortalecimiento de bancos de cereales para mejorar la disponibilidad de cereales
4. La creación de bancos de semillas para facilitar el acceso a semillas de crecimiento rápido

Inicialmente estaba previsto apoyar 21 fondos rotatorios. A partir de la PAC 2 MPDL analizó la situación financiera de 9 fondos que se habían establecido por intervenciones previas de MPDL y que la ONG deseaba fortalecer. MPDL les ayudó a clarificar los importes en la caja, les dio capitales complementarios y fortaleció su gestión a través de la creación de los CG y de nuevas herramientas de gestión. En PAC 3, MPDL apoyó la creación de 11 nuevos fondos y fortaleció los 9 fondos existentes de la PAC 2. MPDL debió finalmente abandonar el seguimiento del fondo de Guétala porque salió del pueblo en 2012. En PAC 4 y 5, MPDL siguió acompañando los 19 fondos rotatorios trabajando principalmente sobre la tasa de reembolso que era extremadamente baja durando los primeros años del Convenio. MPDL consiguió alcanzar un 100% de reembolso en mayo de 2014. Los evaluadores encontraron 7 CG de los fondos que mostraron una gestión financiera conveniente y un conocimiento de los fondos disponibles. La selección de los beneficiarios se hace con la participación de las autoridades locales y siguiendo un proceso que permite a todo el pueblo presentar una solicitud. Los habitantes no pueden ser beneficiarios sino una vez del fondo. Tres de los siete fondos encontrados aceptan solicitudes de bueyes que cuestan más de 200.000F mientras que los fondos tienen entre 500.000 y 1 millón de francos en caja (caso de Niagané Oeste, Madina, Séféto). Los otros fondos distribuyen material menos costoso (arados, carretillas, sembradoras, multicultores y asnos), lo que permite, con una misma suma, alcanzar un mayor número de beneficiarios.

Por lo que se refiere a la construcción de la presa, se trataba de una obra emblemática para el proyecto y el ingeniero MPDL decidió hacer un seguimiento continuo de la construcción: la presa es la primera construida en la zona del Kaarta. El trabajo comenzó como estaba previsto en PAC 3 pero el golpe de Estado retrasó el trabajo que debía hacerse con los servicios agrícolas y de la ingeniería rural. La presa se terminó en PAC 4 y una parcelación se realizó en PAC 5. En 2014, 14,5 Ha fueron distribuidos y cultivados, lo que representa la totalidad de las tierras disponibles río arriba de la presa. Todas las familias del pueblo, hasta las más pequeñas, recibieron una parcela por sorteo: el tamaño de la parcela depende del tamaño de la familia. MPDL distribuyó también 1,3 ton. de arroz y 2 motobombas para acompañar el lanzamiento de la primera campaña. Apoya también los agricultores con formaciones y un seguimiento. Los servicios agrícolas del Estado distribuyeron también un arroz largo y siguen a los agricultores. El CG administra la apertura y el cierre de las compuertas y supervisa que no haya animales en divagación que dañen los campos. Está previsto hacer pagar una cotización anual de 2000F/ha (29.000F/año) para las reparaciones de la presa. Es un importe bajo que podría revisarse al alza las próximas campañas cuando el CG habrá demostrado una gestión transparente de los fondos.

Inicialmente estaba previsto crear a 3 bancos de cereales. Se crearon los 3 bancos en la PAC 3. Además MPDL acompaña el banco de cereales de Farena y de Séféto que existían antes del Convenio. Los CG recibieron una formación en gestión financiera y en gestión de las existencias. En PAC 5, MPDL eligió crear a 4 nuevos bancos de cereales debido a la crisis alimentaria. Así hoy en día MPDL apoya un total de 9 bancos de cereales. Los bancos de cereales visitados por los evaluadores tienen una gestión transparente y se conservan correctamente los productos hasta el período de escasez de cereales. Los precios de compra y venta se fijan con las autoridades locales y teniendo en cuenta los precios del mercado. El banco de Farena desarrolló una estrategia interesante: en un año de buena cosecha, cuando los campesinos tienen menos necesidad del banco de cereales, el banco da una gran parte de los cereales a crédito y así puede a pesar de todo renovar las existencias y no guarda viejos granos para el año siguiente. El principal punto de vigilancia para los bancos es que distribuyen los cereales a los primeros que llegan y las existencias se agotan antes de responder a toda la demanda sin que los CG garanticen que las familias más vulnerables hayan podido ser beneficiadas.

Inicialmente estaba previsto crear 2 bancos de semillas. Se crean finalmente tres bancos en PAC 3 y se fortalece al banco de Farena. Los multiplicadores perdieron las primeras cosechas debido a las sequías. Además algunos CG no lograron vender las semillas porque ACH distribuyó semillas gratuitas como respuesta a la crisis en los mismos pueblos que los

bancos, sin consultar MPDL. A pesar de estas circunstancias, los miembros de algunos bancos (entre los cuales Blissibougou) decidieron pagar el déficit de sus bolsillos. 2014 es finalmente la primera campaña que permite a los bancos visitados funcionar correctamente. Los bancos de semillas de cacahuete funcionan mejor que los de semillas de cereales: las multiplicaciones dan mejores resultados y la venta es más importante. Las semillas de cacahuete se venden bien porque las mujeres deben esperar que los hombres terminen su labranza para poder arar a su vez su parcela y siembran tarde su campo de cacahuete. Necesitan realmente semillas de crecimiento rápido si quieren tener una buena cosecha.

→Este primer resultado era ambicioso pero MPDL consiguió tener resultados superiores a lo previsto: la ONG construyó una presa a Séféto para cultivar 14,5 Ha. de arroz y apoyó 19 fondos rotatorios, 9 bancos de cereales y 4 bancos de semillas. En general, estas distintas estructuras funcionan correctamente. Permiten disminuir el período de escasez de alimentos y aumentar la producción agrícola. Se puede comprobar en los informes técnicos anuales que siguen los indicadores del resultado. Sería necesario sin embargo seguir siendo atento con los criterios de selección de los beneficiarios.

¿En qué medida el resultado “OE1.R2. Aumentada la producción y el consumo de los productos hortícolas en el círculo de Kita” se ha alcanzado?

Este resultado se basa en la creación y el refuerzo de huertos (equipamiento, formación y creación de fondos rotatorios). Inicialmente estaba previsto apoyar 20 huertos. A partir de la PAC 1, MPDL comienza los trabajos en 5 perímetros. En PAC 2, MPDL termina la creación de 6 perímetros y la renovación de 5 otros. En PAC 3, MPDL acompaña los 11 perímetros de la PAC 2. Además la ONG apoya la creación de 3 nuevos perímetros y la renovación de 7 perímetros. En PAC 4, MPDL refuerza los 21 perímetros apoyados por el Convenio que alcanzan un total de 7,5 Ha. En PAC 5, MPDL decide construir un nuevo huerto a Djougoun y alcanza así 22 perímetros en total.

El equipo de evaluación visitó 10 perímetros y encontró los CG de los perímetros. Todos funcionan según el mismo esquema. Las mujeres de las agrupaciones femeninas cotizan para el acceso a una parcela y para un fondo común que permite comprar semillas hortícolas colectivamente. En la mayoría de los perímetros, este fondo permite también prestar dinero a las mujeres para la campaña de cacahuete, para actividades comerciales y para la escolarización de los niños. Los tipos de interés son elevados pero fueron fijados por las propias agrupaciones femeninas, lo que revela que estos grupos son autónomos en las tomas de decisión sobre su gestión.

Las mujeres muestran una buena organización de los perímetros y garantizaron que las producciones les permiten mejorar la alimentación de sus familias. Sólo el jardín de Faréna se había retrasado en el inicio de la campaña hortícola y el CG se compadeció debido a que las mujeres no cumplían el reglamento. MPDL construyó el jardín de Farena antes del Convenio y es el único jardín cuyas parcelas no se dan individual pero colectivamente por familia lo que puede crear tensiones entre las mujeres.

Los principales problemas encontrados son el agotamiento de algunos pozos tal como se indica en el cuadro siguiente:

Cuadro 10. Situación del acceso al agua en los perímetros visitados por los evaluadores

Asociación y beneficiarios	Estructuras disponibles	Problema de agua
Bendougouba Asociación Niéta 63 mujeres	2 pozos MPDL de gran diámetro y un pozo propio tradicional	Los pozos no se agotan totalmente pero el caudal disminuye mucho en los 3 pozos → obliga las mujeres a disminuir las superficies cultivadas
Bendougouba Aso. Samankou 84M y 3H	3 pozos MPDL de gran diámetro	Fuerte disminución del caudal de 2 pozos, un pozo sin problemas → obliga igualmente las mujeres a disminuir las superficies cultivadas
Bendougouni 40M y 1 H	2 pozos MPDL de gran diámetro, 2 pozos MPDL tradicionales mejorados, 6	Agotamiento de todos los pozos tradicionales y de un pozo a gran diámetro. Un pozo MPDL no se agota → las mujeres mantienen sus

	pozos propios tradicionales	superficies gracias al pozo y a una fuente de agua cerca del perímetro
Dindanko 115 M	4 pozos MPDL de gran diámetro	Solo dos pozos se agotan → las mujeres mantienen sus superficies
Faréna 67 familias	4 pozos MPDL de gran diámetro	Solo un pozo se agota → las mujeres mantienen sus superficies
Kourounikoto Huerto 1 110 mujeres	2 pozos MPDL de gran diámetro y 2 pozos de gran diámetro de un otro financiador	Los 2 pozos MPDL son los únicos que no se agotan → las mujeres mantienen sus superficies
Kourounikoto Huerto 2	2 pozos MPDL de gran diámetro y 2 pozos de gran diámetro de un otro financiador	Los 2 pozos MPDL son los únicos que no se agotan → las mujeres mantienen sus superficies
Niagané 60 mujeres	2 pozos MPDL de gran diámetro y 3 pozos tradicionales	Un único pozo tradicional se agota → las mujeres mantienen sus superficies
Séfeto Balemaya 42 mujeres	2 pozos MPDL de gran diámetro y 2 pozos tradicionales	Un solo pozo MPDL no se agota
Séfeto CTA 187M y 1 H	2 pozos MPDL de gran diámetro y 5 pozos tradicionales	Un pozo MPDL y 2 pozos tradicionales se agotan

Los 10 perímetros visitados mantienen al menos siempre un pozo MPDL con agua; pero 7 de los 10 perímetros tienen algunos pozos MPDL que se agotan o tienen un caudal muy bajo en temporada seca. La zona de intervención tiene condiciones geofísicas complejas: la excavación de los pozos debe hacerse con dinamita para romper la roca laterítica y alcanzar las capas freáticas. La recarga de las capas es a menudo baja porque la pluviometría es insuficiente.

→MPDL consiguió apoyar 22 huertos mientras que inicialmente estaba previsto acompañar 20 perímetros. La gestión de los perímetros es buena y las mujeres crearon un fondo para facilitar el acceso a los insumos. Este fondo sirve también a numerosos usos que sobrepasan el marco del huerto y que no estaban previstos por MPDL. Eso muestra el dinamismo de las mujeres desencadenado en parte por las acciones de MPDL de fortalecimiento de las capacidades. Los indicadores de seguimiento de este resultado eran ambiciosos previendo un aumento del 30% de los rendimientos, del 15% de la producción comercializada y del 30% de la producción consumida. Estos indicadores ya se alcanzaron en PAC 4, según la información disponible en los informes técnicos anuales.

¿En qué medida el resultado “OE1R3. Mejorada la producción y aumentado el consumo animal en el círculo de Kita” se ha alcanzado?

Este resultado se basa en 4 actividades principales:

1. La construcción de 2 pozos pastorales
2. La creación de 2 bancos de alimento para el ganado
3. La formación de vacunadores y ganaderos en técnicas sostenibles de ganadería
4. El refuerzo de la gestión del parque de vacunación y del depósito veterinario de Séfeto

Este resultado debía trabajarse a partir de la PAC 2. Sin embargo la subvención del proyecto de AACID “Mejora de la seguridad alimentaria y de los ingresos procedentes de las actividades ganaderas a través del refuerzo de las asociaciones rurales ” que debía financiar este resultado sólo estuvo disponible en PAC 4.

En cuanto a los pozos pastorales, los 2 pozos se construyeron en PAC 4 y se crearon los CG de los pozos en PAC 5. Todos los animales sedentarios y trashumantes pueden beber a los pozos si tienen el cuaderno de vacunación al día y si el propietario paga la cotización del pozo. Esta cotización es menos costosa si el propietario es miembro de la asociación o de la cooperativa que administra el pozo. Los CG recibieron formaciones en gestión y administran

el dinero de manera transparente. A Séféto, el Comité eligió diversificar sus actividades y comprar alimento para ganado con las cotizaciones, lo que no estaba previsto en el Convenio y muestra un importante grado de autonomía de este CG. El alimento se vendió mas barato que en el mercado y permitió al Comité hacer 27.500F de se beneficios. Los pozos funcionan correctamente aunque los reservorios de agua se vacían rápidamente y obligan al ganado a esperar. Es importante destacar el hecho de que esta actividad beneficia a los ganaderos trashumantes que es un colectivo difícil de alcanzar con proyectos de desarrollo.

En cuanto a los bancos de alimento para ganado, MPDL creó dos bancos de alimento para ganado en PAC 4 y se crearon los CG en PAC 5. El banco visitado a Néguebougou había fijado un precio de venta más elevado que el precio del mercado y sólo vendieron un 8% de sus existencias. Saben que deberán bajar el precio de venta para la próxima campaña que comenzará en 2015, cuando el Convenio habrá terminado.

MPDL formó también vacunadores y ganaderos en 12 pueblos. Algunos pueblos recibieron un gran número de formaciones en instalación de parques mejorados, ensilaje del heno con urea, seguimiento sanitario del ganado y cultivo de forraje. Los servicios técnicos ganaderos realizaron estas formaciones en 2014. En Néguebougou, cada familia pudo participar delegando a unos o dos miembros. Por el momento pocos replicaron las técnicas porque piensan hacerlo al final de la temporada de lluvias pero todos quieren hacerlo para mejorar la alimentación de su ganado. Los que ya utilizan el ensilaje de heno vieron los beneficios: los bueyes aran mejor y las vacas producen más leche.

Finalmente estaba previsto reforzar el parque de vacunación y el centro técnico agrícola de Séféto. MPDL realizó una reunión de reactivación de estas estructuras en 2013 y está realizando el fortalecimiento de las 2 estructuras en PAC 5. Es necesario destacar también el hecho de que la agrupación femenina del Centro Técnico Agrícola se benefició de un huerto.

→ Este resultado se retrasó mucho porque la subvención del AACID que financia las actividades ganaderas sólo se recibió a finales de 2012. La mayoría de los resultados se esperaban en PAC 5. Los evaluadores constataron importantes resultados. Los pozos pastorales funcionan correctamente y benefician a los campesinos y a los trashumantes. Las formaciones en ganadería permitieron mejorar la alimentación del ganado aunque pocos beneficiarios aplican todavía sus nuevos conocimientos porque la formación es reciente y que su utilización debe hacerse en período seco. Los bancos de alimento de ganado son aún frágiles y MPDL los seguirá en el próximo Convenio. Finalmente MPDL formó vacunadores en los pueblos y está reforzando el parque de vacunación de Séféto.

[¿En qué medida el resultado “OE1.R4. Reforzada y sensibilizada la población del Círculo de Kita para una buena gestión de los recursos naturales” se ha alcanzado?](#)

Este resultado se basaba inicialmente en sensibilizaciones sobre los incendios forestales y sobre la creación y la formación de un Comité GRN piloto. Este resultado estaba también financiado por la subvención AACID “Mejora de la seguridad alimentaria y de los ingresos procedentes de las actividades ganaderas a través del refuerzo de las asociaciones rurales” y comenzó tarde por la misma razón que el resultado OE1R3. MPDL eligió reformular este resultado en 2013 y las actividades se realizaron en PAC 5, durante el último año del Convenio. Todos los municipios del Kaarta se beneficiaron de formaciones sobre los textos reglamentarios en GRN, la gestión de los GRN, la gestión de los conflictos y la vida asociativa. MPDL acompañó la formación de los Comités GRN de los pueblo y de las comunas y organizó encuentros entre los Comités, los servicios técnicos de las aguas y bosques y las colectividades. Representaciones teatrales tuvieron lugar también en los pueblos del Kaarta para sensibilizar a la población sobre los incendios forestales, y sobre los conflictos con los ganaderos y los cazadores. Los evaluadores constataron que la población entendió el mensaje transmitido en estas escenas y que apreció mucho la actividad. MPDL acompañó también la elaboración de los Convenios GRN comunales y del Convenio de GRN de las zonas bajas del Kaarta. Este último se está validando y firmando por las autoridades del Círculo.

MPDL pues formuló un resultado más ambicioso que el resultado inicial sobre un plazo de tiempo muy corto. Los resultados obtenidos en tan poco tiempo son notables: los Comités

GRN desempeñan un papel esencial en la gestión de los conflictos en los pueblos. Establecieron una “perrera” para encerrar los animales que los propietarios dejan sueltos. Los propietarios deben pagar una multa para recuperar a sus animales. Gracias a esta perrera, los comités se autofinancian y los campos cerca del pueblo pueden de nuevo cultivarse. Los comités definieron también zonas de paso para que los animales vayan a beber sin dañar los campos. Supervisan también los incendios forestales, el corte de la madera y las recogidas de las frutas y de la miel. Algunos ayudan también a la gestión a conflictos entre esposas o con los esposos. Todos los pueblos visitados garantizaron que estos Comités les habían permitido solucionar todos sus conflictos sin tener necesidad de ir a la gendarmería.

→ Las actividades de GRN comenzaron muy tarde debido al retraso de la subvención AACID y se reformularon con un alcance más importante que lo planificado inicialmente. A pesar de estas dificultades, los efectos son superiores a lo previsto y 6 meses después de su creación, los Comités son autosuficientes y administrados de manera transparente. Desempeñan un papel esencial en la gestión de los conflictos entre ganaderos y agricultores, e integran generalmente agricultores y ganaderos. También se convirtieron en instancias de gestión de conflictos para solucionar los problemas familiares.

[¿En qué medida el resultado “OE1.R5. Diversificada la alimentación y adoptadas buenas prácticas de higiene alimentaria entre la población del círculo de Kita” se ha alcanzado?](#)

Este resultado se basaba inicialmente en la realización: (1) de demostraciones culinarias, (2) de sensibilización en higiene alimentaria y tratamiento de las aguas y (3) de formaciones en transformación de leche y carne. Las formaciones en transformación eran financiadas por la subvención AACID “Mejora de la seguridad alimentaria y de los ingresos procedentes de las actividades ganaderas a través del refuerzo de las asociaciones rurales” que fue disponible en diciembre del 2012. El AECID financiaba el resto de las actividades. En la formulación inicial, las actividades debían iniciar en PAC 3 pero se atrasaron a la PAC 4, cuando los 21 huertos estaban en plena producción.

En PAC 4, MPDL consideró que era necesario hacer un nuevo diagnóstico nutricional en la zona de intervención porque el diagnóstico inicial no había profundizado en nutrición. La ONG realizó una encuesta CAP con madres sobre la alimentación del lactante y del joven niño: el estudio se terminó en marzo de 2013. MPDL consolidó sus conocimientos por una investigación SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition) que tenía por objetivo (1) evaluar el estado nutricional de los niños de 6 a 59 meses con el fin de orientar mejor las acciones que contribuirán a reducir la tasa de malnutrición en las zonas prioritarias y (2) de conocer la tasa de mortalidad de la zona de intervención así como las causas de mortalidad infantil y juvenil y determinar la cobertura vacunal (sarampión). Esta investigación se terminó en enero de 2014.

A partir de esta información, MPDL identificó los pueblos que tenían a más de 10 niños desnutridos para poner en marcha estrategias FARN (Hogar de Aprendizaje y Rehabilitación Nutricional - *Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle* en francés). Esta estrategia tiene por objeto rehabilitar a los niños desnutridos a partir de productos locales y prevenir casos de desnutrición severa en la comunidad promoviendo un cambio de comportamiento duradero en cuanto a salud y nutrición. En la práctica, la estrategia FARN es una intervención nutricional de 12 días que incluye la rehabilitación de los niños desnutridos (9-36 meses) por su propia madre y un seguimiento a domicilio de la madre por “madres luz”. En 2014, MPDL llevó a cabo 9 FARN y trató a 136 niños desnutridos. Luego los niños fueron seguidos por las madres luz y algunas madres luz compraron incluso leche y azúcar para los niños. El equipo de evaluación constató que las mujeres habían mucho apreciado estas estrategias y que los niños estaban hoy en buena salud.

MPDL definió también pueblos meta y recetas de demostraciones culinarias en función de las carencias detectadas en la encuesta nutricional. En 2013, MPDL realizó demostraciones en 9 pueblos: participaron 97 madres de niños de 4-5 meses de edad y 304 madres de niños de 6-24 meses de edad. En 2014, MPDL realizó 18 demostraciones culinarias en 11 pueblos, 4 de los cuales ya habían recibido las demostraciones en 2013. Las demostraciones culinarias se realizaron en todos los pueblos con perímetros MPDL y en dos pueblos sin perímetros MPDL. En 2014, 493 mujeres, 50 hombres y 93 jóvenes participaron. Las recetas se definieron en función de los pueblos. Incluían la preparación de (1) arroz

enriquecido con hojas verdes oscuras y pasta de cacahuete, (2) puré de patata, (3) pulpa de pequeño mijo enriquecida con polvo de pan de mono o polvo de cacahuete y leche, (4) pulpa de maíz amarilla enriquecida con cacahuete.

MPDL condujo también actividades de comunicación para el cambio de comportamiento en agua, higiene y saneamiento y la salud de la reproducción. Las actividades eran debates conducidos por los animadores Nutrición durante las demostraciones culinarias o las FARN. Los temas tratados eran la lactancia materna, la alimentación complementaria, el periodo de destete de los niños, la planificación familiar, el lavado de las manos al jabón, la higiene del agua, la higiene alimentaria y la higiene medioambiental, los distintos grupos de alimentos, la protección de los niños, y la vacunación de los niños. En total MPDL realizó 30 sesiones que llegaron a 531 mujeres, 85 hombres y 84 jóvenes.

En PAC 5, MPDL eligió también reforzar su apoyo en WASH construyendo 4 pozos de agua potable a motricidad humana. Los pueblos meta se seleccionaron con el apoyo de los servicios de la hidráulica de Kita con el fin de responder a las prioridades de las autoridades. Se trata de pueblos aislados con un acceso difícil y situados a más de 5km del pozo de agua el más cercano y con menos de 25L por persona al día. El equipo de evaluación pudo solamente uno de los 4 PMH que es el de Marané. El PMH funciona correctamente desde junio de 2014 y el CG ya ahorró 148.000F para pagar las reparaciones futuras. Se trata del único pozo de agua potable del pueblo y permitió reducir los males de vientre, diarreas, conjuntivitis.

Finalmente MPDL realizó formaciones en transformación de leche. Estas formaciones estaban inicialmente en el Convenio pero no se reportaron en los informes técnicos. Según la información recogida en terreno por los evaluadores, se han formado en transformación de la leche: 4 miembros del fondo rotatorio de Madina y los miembros de los dos fondos de Niagané. Consideran que esta formación es muy útil y lo utilizan regularmente para transformar leche.

→ MPDL reformuló el resultado OE1R5 de forma importante y eligió contratar a un responsable nutrición y a tres animadores para llevarlo a cabo. Esta elección responde a las necesidades de la región que esta sometida a crisis alimentarias recurrentes. Un diagnóstico nutricional permitió orientar las actividades en función de las necesidades y MPDL diversificó las estrategias (demostraciones, formaciones, FARN) con el fin de adaptarse al contexto de cada pueblo. Las demostraciones culinarias, las formaciones en transformación y las sensibilizaciones planificadas inicialmente tuvieron lugar y se orientaron en función de las necesidades de los pueblos. Además MPDL realizó un seguimiento nutricional de los niños y llevó a cabo estrategias de recuperación nutricional de niños desnutridos (las FARN). La ONG apoyó también la construcción de PMH para facilitar el acceso al agua potable.

¿En qué medida el resultado “OE2.R1. Reforzadas las técnicas locales de conservación y de transformación de los productos agrícolas y hortícolas poniendo el acento en la comercialización” se ha alcanzado?

Este resultado se basa en 2 actividades principales:

1. La creación de 2 unidades de transformación (equipamiento, formación, red de venta, intercambios)
2. El equipamiento y la formación de 5 agrupaciones femeninas en transformación hortícola

Inicialmente estaba previsto también equipar y formar una asociación de arboricultores pero esta actividad se ha finalmente cancelada para centrar los esfuerzos de MPDL sobre la transformación de productos agrícolas y hortícolas.

En cuanto a las unidades de transformación, estaba previsto construir la primera UT a Kita a partir de la PAC 1 pero MPDL tuvo dificultades para recibir un terreno por parte del ayuntamiento de Kita y la construcción no pudo terminarse hasta la PAC 3. En junio de 2012, MPDL entrega a la asociación ADFK la unidad equipada y 1.318.625F para comprar materia prima. Las mujeres deciden comprar cebolla pero la cebolla no se secó correctamente y se descompuso. Las mujeres se encontraron sin dinero y debieron poner dinero personal en la UT. Se creó a una cooperativa en 2013 y cada mujer debía aportar 5.000F de derecho de adhesión y 25.000F de capital para la materia prima. Sólo 14 aceptaron aportar el capital, las otras mujeres de la asociación ADFK no quisieron participar, aún cuando los miembros de la

cooperativa les proponían pagar en varias veces. La cooperativa consiguió recuperar la UT y cubrir la pérdida generada por el deterioro de la cebolla. Hoy la cooperativa vende una gran variedad de productos locales y en 2014 pudo repartir los primeros beneficios. La UT no compra a los huertos de la zona porque las dos partes no consiguieron ponerse de acuerdo sobre el precio de venta: las mujeres de los perímetros venden a un mejor precio su producción fresca en los mercados que lo que puede ofrecerles la UT; por su parte la UT debe comprar una materia prima más barata si quiere hacer beneficios.

Se construyó una segunda UT en PAC 4 en Kourounikoto. El plan de la construcción es diferente de la unidad de Kita: se inspira en las recomendaciones recibidas en el viaje de intercambios a Bougouni. La unidad de Kourounikoto es administrada por una cooperativa de 45 miembros. La cooperativa comenzó a funcionar durante la temporada de lluvias de 2013. Las mujeres intentaron secar cebolla y fonio pero una gran parte de la producción se descompuso por falta de sol durante el secado. Durante la campaña hortícola de 2014, los perímetros tuvieron pérdidas debido a ataques fúngicos y no produjeron suficientemente cebollas y tomates para tener excedentes para la UT. Las mujeres de la unidad decidieron entonces producir pasta de cacahuete sabiendo que el cacahuete es el principal producto disponible en la zona. Sin embargo la desgranadora de cacahuete se averió al principio de la temporada de lluvias de 2014 y las mujeres no tenían en ese momento la tesorería para pagar la reparación. Han previsto cotizar todas después de la cosecha del cacahuete para reparar la máquina y reanudar la producción de pasta de cacahuete. Esta UT es más inexperta que la de Kita. Justo comenzaba a tener beneficios en octubre de 2014. Las dos UT deberían recibir antes de finales de 2014 unos quioscos para la venta de sus productos, lo que debería dinamizar sus ingresos y aumentar sus beneficios.

Figura 5. Estantería para hortalizas
(Fuente: www.fait-maison.com)



En cuanto al equipamiento de 5 agrupaciones femeninas en transformación agrícola, se trata de una actividad financiada por la subvención AACID 2009. 5 asociaciones de 4 pueblos recibieron secaderos y almacenes para conservar la producción. Los secaderos están utilizados por las que producen más. Los almacenes hortícolas son muy útiles para todas las mujeres. En efecto, prefieren guardar su producción al almacén más bien que a la casa porque a la casa, deben siempre ofrecer a las personas que les visitan mientras que al almacén no. Extienden bolsas plásticas en el suelo y ponen su producción sobre las bolsas. Todas no tienen un espacio en los almacenes porque la superficie no es suficiente. Sería posible construir casilleros similares al casillero de la fotografía adjunta para aumentar la superficie disponible de conservación.

→ Las dos UT proponen productos transformados de calidad a la población local. La UT de Kita se estructuró, consiguió cubrir los déficits iniciales y alcanzó un volumen de producción y de venta que le permite tener beneficios. Por su parte, la UT de Kourounikoto es más joven y se está todavía organizando. Tiene igualmente productos a la venta en su almacén y comienza a tener beneficios. Los almacenes hortícolas son muy pertinentes para mejorar la conservación de la producción hortícola. Deberían arreglarse para que todas las mujeres de los perímetros tengan un espacio suficiente para almacenar su producción.

¿En qué medida el resultado “OE2.R2. Puestas en marcha actividades generadoras de ingresos basadas en la producción animal” se ha alcanzado?

Este resultado se basa en la creación de dos centros de engorde ovino (equipamiento y formación) y de dos centros de avicultura mejorada (equipamiento y formación). Estaba financiado por la subvención AACID 2011 que se entregó más tarde que previsto.

En cuanto al engorde ovino, las actividades debían comenzar en PAC 3 pero se llevaron finalmente a cabo en PAC 5: las actividades ganaderas se retrasaron debido al desembolso tardío de la subvención AACID 2011. MPDL realizó formaciones sobre la técnica de engorde ovino en febrero de 2014 y seleccionó a las futuras beneficiarias entre las mujeres más vulnerables de los pueblos. Se firmó en julio de 2014 un Convenio tripartito entre la asociación beneficiaria, MPDL y el consejo comunal. Se vacunaron y se desparasitaron 199 ovejas antes de distribuir las en 4 pueblos en julio de 2014. Una vez que las beneficiarias reciben su ovino, se comprometen a encargarse de su alimentación y sus gastos sanitarios.

En Néguebougou las mujeres a quien les cuesta pagar los gastos sanitarios reciben las tabletas y las vacunas a crédito.

Cada beneficiaria tiene 6 meses para vender su animal y reembolsar el préstamo que es de 40.000F/cabeza. En 2014, MPDL aconsejó a las mujeres de vender a 3 meses, para que puedan aprovecharse de la fiesta de Tabaski (5 de octubre de 2014). En Néguebougou se han vendido 50 ovejas para Tabaski al mercado o al jefe de familia. Se vendieron entre 45.000F y 65.000F lo que representa un beneficio de 5.000F hasta 25.000F por mujer. En Néguebougou, solo dos ovejas se murieron de enfermedad. En Siramissé, dos mujeres vendieron a 40.000F para Tabaski y 7 ovejas se murieron sobre las 42 ovejas distribuidas en este pueblo. En Niagané, las ovejas observadas por los evaluadores eran flacas y parecían enfermas cuando las mujeres las habían vacunadas 3 veces (para un coste de 7.500F/cabeza). El problema no debe ser el seguimiento sanitario sino más bien la falta de experiencia de las mujeres en la conducta de ganadería. Están aprendiendo y reciben el apoyo de los animadores MPDL.

En cuanto a la avicultura mejorada, las unidades estaban previstas en PAC 4 y se construyeron en PAC 5. Se ha formado a los beneficiarios en enero de 2014 sobre la construcción de gallineros, la alimentación de las aves de corral y la vacunación. Se firmó un protocolo tripartito. Se vacunaron y se desparasitaron 200 pollos y 1000 gallinas antes de distribuirlos en 4 pueblos. Las gallinas fueron compradas con el apoyo de los Comités en los pueblos cercanos. A veces no había suficientes gallinas y los Comités debieron comprar gallinas jóvenes y caras. Cada beneficiaria construyó un gallinero y recibió un pollo mejorado y 5 gallinas. Debe retroceder al cabo de 6 meses 1 gallo y 2 gallinas a otra mujer (es decir, la mitad del número de animales recibidos). La retrocesión ya comenzó. MPDL introdujo también la vacunación en los pueblos. La ONG formó vacunadores en los pueblos y sensibilizó a las mujeres sobre la importancia de la vacunación y los tratamientos. Cada beneficiaria gastó 750F para vacunar y tratar a sus 6 aves de corral. Las asociaciones tuvieron igualmente pérdidas debido al calor: las mujeres de Madina perdieron 15 gallos y 35 gallinas sobre 57 gallos y 285 gallinas; y las mujeres de Niagané perdieron 7 gallos sobre 84 gallos y 420 gallinas. Según la información recogida durante las conversaciones, estos animales podrían haber muerto porque algunos gallineros no cumplen las normas de construcción (posición, dirección de la puerta y ventana, dirección del aire, utilización de reja, etc.) y el calor aumenta demasiado en el gallinero al final de la temporada seca. Sin embargo los evaluadores no pudieron estimar cuántos gallineros tienen estos defectos de construcción.

→ Las beneficiarias han sido seleccionadas dentro de las más vulnerables. Han sido formadas y han recibido las unidades de ganadería como estaba previsto. Las retrocesiones de animales y prestamos ya comenzaron Las actividades están todavía empezando y MPDL deberá seguir acompañando las beneficiarias durante el Convenio próximo para reforzar sus capacidades en conducta de la ganadería y limitar la mortalidad de los animales.

[¿En qué medida el resultado “OE3.R1. Reducidas las tasas de analfabetismo entre los miembros de las organizaciones de base participantes en el convenio” se ha alcanzado?](#)

Este resultado se basa en la instauración de centros de alfabetización inicial, consolidación y post alfa. MPDL apoya también la organización del Día de la alfabetización.

Los cursos de alfabetización duran de enero a abril durante 3 meses. Se crean centros en los pueblos meta y un formador AFLN es responsable de la animación de los cursos por grupo de máximo 30 personas. La masa horaria diaria es de 3 horas de curso: 1:30 Mn para la lectura-escritura y 1:30 Mn para el cálculo el mismo día.

Tabla 11. Numero de beneficiarios de la alfabetización

Alfabetización inicial		Inscritos	Participantes	Admitidos	Admisión	Participación
PAC 2	23 centros SA	686	516	341	66%	75%
PAC 3	12 centros SA	349	226	150	66%	65%
PAC 3	10 centros MGF	300	212	111	52%	71%
PAC 4	10 centros SA	321	254	166	65%	79%
PAC 4	22 centros MGF	641	469	303	65%	73%
Total		2297	1677	1071	64%	73%

Fase de consolidación		Inscritos	Participantes	Admitidos	Admisión	Participación
PAC 3	14 centros	360	243	165	68%	68%
PAC 4	10 centros	246	126	55	44%	51%
Total		606	369	220	60%	61%
Post Alfa		Inscritos	Participantes	Admitidos	Admisión	Participación
PAC 4	13 centros	311	199	138	69%	64%

NB: El responsable AFLN de Kita entregó esta información al equipo de evaluación en octubre de 2014. Es diferente de la información presentada en los informes anuales del Convenio.

AFLN realizó las actividades de alfabetización siguiendo la planificación inicial. En total, se admitieron 1071 personas al examen final de alfabetización inicial, 220 personas terminaron la fase de consolidación y 138 superaron el examen de post alfabetización. Las tasas de participación son todas elevadas a excepción de Bendougouba y Bendougouni que tienen tasas de participación inferiores al 20% en los centros de alfabetización inicial y de consolidación.

El equipo de evaluación preguntó a las asociaciones encontradas si habían sido alfabetizadas por AFLN. En todas, varios miembros de la asociación y por lo menos un miembro del CG habían seguido esta formación.

→ Las actividades de alfabetización mantuvieron un porcentaje de admisión superior al 60%, lo que era el objetivo de la planificación inicial. Un número importante de los miembros de las OCB entrevistadas se alfabetizaron y utilizan sus conocimientos para llenar los cuadernos de seguimiento de los perímetros o los bancos.

[¿En qué medida el resultado “OE3.R2. Reforzadas la gestión y el funcionamiento de las organizaciones participantes en el convenio a través de la formación de los miembros y el intercambio de experiencias” se ha alcanzado?](#)

Este resultado debía inicialmente apoyar la formalización y la formación continua en gestión asociativa de 48 asociaciones rurales y de 18 asociaciones urbanas. Durante la PAC 3 se cancelaron todas las actividades debido al golpe de Estado de marzo de 2012. Las actividades pues se concentraron en la PAC 2, la PAC 4 y la PAC 5.

En PAC 2, MPDL llevó un proceso de formación continua con las 25 asociaciones urbanas de Kita que estaban afiliadas a la CAFO. Estas asociaciones recibieron formaciones en vida asociativa, en gestión económica y administrativa, en montaje de proyectos y en técnicas de comunicación. Luego estas asociaciones no recibieron nuevas formaciones por parte de MPDL porque se incorporaron las formaciones en vida asociativa a las actividades de alfabetización realizadas por AFLN en PAC 4 y 5. Estas OCB recibieron también un apoyo para facilitar su proceso de formalización.

En cuanto a las asociaciones rurales, se condujo una formación piloto a Farena y Guétala con 120 mujeres en PAC 2 y estaba previsto formar las asociaciones rurales durante la PAC 3. Finalmente estas formaciones no se realizaron porque sobrecargaban a las agrupaciones femeninas. MPDL cambió de estrategia incluyendo a la alfabetización la formación de las asociaciones en gestión asociativa. Además las asociaciones rurales recibieron un apoyo para formalizarse.

→ En PAC 4, MPDL modificó su estrategia de apoyo asociativo para adaptarse al contexto local: las formaciones en gestión asociativa se incluyeron en las actividades de alfabetización porque MPDL constató que las OCB estaban sobrecargadas de actividades y que era necesario encontrar sinergias entre las distintas formaciones del Convenio. La ONG apoyó también la formalización de las asociaciones. Hoy en día las OCB han mejorado su funcionamiento y se alcanzaron la mayoría de los indicadores fijados en el marco lógico en PAC 4. La gobernanza de las asociaciones sigue siendo un punto de vigilancia: se mantienen las mismas personas en los puestos de responsabilidad de los CG. MPDL deberá seguir siendo atento a este punto y analizar el porqué.

¿En qué medida el resultado “OE3.R3. Sensibilizados los hombres y las mujeres del círculo de Kita sobre los derechos de las mujeres y para el cambio de comportamientos en relación a las relaciones de género” se ha alcanzado?

Este resultado debía inicialmente contribuir (1) a la formación de 18 asociaciones urbanas en participación de las mujeres a la vida pública y en género, (2) la organización de los Días de la mujer y (3) a la sensibilización de 20 pueblos en género.

En cuanto a las formaciones de las asociaciones urbanas, MPDL elaboró módulos de formación en participación de las mujeres en la vida pública en PAC 2. Sin embargo, a raíz del golpe de Estado de marzo de 2012, las formaciones no pudieron realizarse en PAC 3. Están previstas en PAC 5 con la formación de 60 mujeres en participación en la vida pública y de 30 mujeres en género y desarrollo.

En cuanto a los días de la Mujer, MPDL apoyó la CAFO para la organización de conferencias y ceremonias para los días del 8 de marzo y del 31 de julio. En 2012, la actividad debió suspenderse debido al golpe de Estado.

En cuanto a la sensibilización de 20 pueblos en género, en PAC 1 y 2, MPDL realizó 9 representaciones teatrales y transmitió 2 tipos de mensajes radios para sensibilizar a la población sobre la escolarización de las muchachas, el lugar de la mujer en la sociedad, el matrimonio precoz y la MGF. La compañía de teatro fue mal acogida en los pueblos porque los temas tratados eran delicados. Además después del golpe de Estado de 2012, el Gobierno Maliense y la Cooperación Española prohibieron las reuniones y las actividades de visibilidad: los mensajes radios y las representaciones teatrales planificadas en PAC 3 debieron ser canceladas. MPDL realizó entonces un diagnóstico en género para comprender mejor la temática en la zona de intervención y eligió modificar su metodología colaborando con Sini Sanumam. Sini Sanumam comenzó el trabajo de animación en septiembre de 2012 y trabajó en 26 pueblos. La ONG sensibilizó sobre la salud reproductiva y sobre la planificación familiar e impulsó a la comunidad a hablar de la MGF. El planteamiento era trabajar la MGF como una violación de los derechos humanos de la mujer y por lo tanto sensibilizar sobre los derechos de la Mujer y sobre género. A raíz del trabajo realizado, dos pueblos eligieron abandonar la MGF y 500 personas firmaron los pactos contra la MGF. Este trabajo fue reforzado por debates radios en PAC 4 y por las sesiones de alfabetización que utilizaban la MGF como apoyo de aprendizaje en 10 centros en PAC 3 y 22 centros en PAC 4. En total 681 personas de los cuales 79 hombres participaron en las alfabetizaciones con el apoyo MGF.

Los evaluadores constataron que los beneficiarios entrevistados conocían las intervenciones del MPDL en género y, en sucesivas ocasiones, hombres y mujeres espontáneamente hicieron referencias a las sensibilizaciones sobre la MGF citando los riesgos de la MGF para la mujer. Estas actitudes muestran un cambio de comportamientos en comparación con la hostilidad inicial sobre un tema tabú en la zona de intervención.

→ Las actividades del Convenio tuvieron un verdadero impacto en los derechos de las mujeres y permitieron un cambio de comportamiento. Las actividades se modificaron durante el Convenio para responder mejor a la realidad: las representaciones teatrales fueron sustituidas por talleres y animaciones; debates sustituyeron los mensajes radios.

¿En qué medida el resultado “OE3.R4. Apoyadas estructuras de redes y de coordinación en la zona de intervención como estrategia para el reforzamiento de las asociaciones de base participantes den el convenio / programa” se ha alcanzado?

Este resultado se concentraba sobre todo en la construcción y el equipamiento de la sede de la CAFO, sobre la formación de miembros de la CAFO y sobre la elaboración del plan estratégico de la CAFO. La CAFO era socia del Convenio pero también beneficiaria de una parte importante del presupuesto, principalmente con la construcción de su sede \ a Kita.

La atribución del terreno fue lenta y el terreno otorgado por el ayuntamiento estaba en una zona difícil de construir lo que explica el retraso en la construcción. La construcción de la sede debía empezar en PAC 1 pero se realizó finalmente en PAC 3 y la electrificación del edificio se terminó en PAC 4. Hoy el edificio es funcional pero se necesita vigilar algunos puntos: algunas grietas aparecen en el edificio y el vigilante ocupa una sala de trabajo porque no tiene una garita. La CAFO alquila la sala de reuniones y tiene ingresos para mantener el edificio y construir un espacio para el vigilante. Pero no se responsabiliza de

estos aspectos, aunque MPDL le haya explicado que el edificio le estaba entregado y que MPDL no se encargaba de los costes de mantenimiento.

MPDL ayudó también la CAFO en la formulación de su plan estratégico. El proceso fue largo pero permitió elaborar un documento participativo. Hoy la CAFO utiliza el plan de acciones del plan estratégico para buscar a nuevos socios.

Finalmente la CAFO como socio del Convenio podría haber realizado más actividades. En 2014, comenzó a implicarse reuniéndose con las agrupaciones femeninas del Kaarta. Es un principio alentador que debe reforzarse. Las asociaciones que se afilian a la CAFO piensan que la CAFO les permitirá solamente tener nuevas financiaciones: la CAFO debe ofrecerles otros servicios como formaciones o apoyos específicos.

→ Se realizaron las actividades pero la CAFO debe aún apropiarse de las herramientas que MPDL le dio con el fin de garantizar la viabilidad de los resultados obtenidos.

¿Los objetivos específicos del Convenio pueden lograrse?

La intervención en Malí tiene tres objetivos específicos que son los siguientes:

- OE1. Mejorar la calidad, la cantidad y la estabilidad de los productos alimentarios en el Círculo de Kita
- OE2. Valorizar la producción local a través de la conservación, la transformación y la comercialización
- OE3. Reforzar las capacidades institucionales y de gestión de las organizaciones comunitarias de base con énfasis en el enfoque de género.

Estos objetivos dependen del logro de los resultados que les corresponden. Por lo que se refiere al objetivo específico 1, MPDL realizó una serie de actividades que permitieron:

- aumentar la producción y el consumo de productos agrícolas con la creación de fondo de acceso a material agrícola, de bancos de cereales y de bancos de semillas
- aumentar la producción y el consumo de productos hortícolas con la creación y el refuerzo de huertos, la realización de demostraciones culinarias y FARN y la sensibilización de las mujeres a las buenas prácticas de higiene alimentaria
- aumentar la producción de los productos de la ganadería con la construcción de pozos pastorales, la creación de bancos de alimento de ganado, formaciones en ganadería y formaciones de vacunadores en los pueblos

Por lo que se refiere al OE2, MPDL realizó una serie de actividades que permitieron:

- favorecer la transformación de las producciones agrícolas y hortícolas locales con la instalación y el acompañamiento de las unidades de transformación de Kita y Kourounikoto
- ayudar a las mujeres a conservar sus producciones hortícolas con la construcción de los almacenes de los perímetros de la zona sur.
- crear actividades generadoras de ingresos con la creación de las unidades de engorde ovino y de avicultura mejorada

Por lo que se refiere al OE3, MPDL realizó una serie de actividades que permitieron de:

- reforzar las OCB gracias a la alfabetización, a las formaciones en vida asociativa y a la formalización de las asociaciones
- sensibilizar la población sobre los derechos de las mujeres gracias al trabajo realizado en colaboración con Sini Sanumam y en alfabetización MGF.
- reforzar la CAFO con la construcción de su sede, la elaboración del plan estratégico y el seguimiento continuo de MPDL.

→ Las actividades ejecutadas permitieron obtener resultados superiores a lo previsto. Los resultados de GRN, nutrición, género y cultivos hortícolas tuvieron efectos superiores a lo que la planificación inicial preveía. Estos resultados deberían permitir alcanzar los objetivos específicos fijados en Malí.

¿Las hipótesis podrían realizarse? ¿El contexto sufrió cambios que pueden sufrir de manera significativa el ataque de los objetivos específicos?

Un gran número de hipótesis en relación directa con el contexto ya se realizaron. En primer lugar, MPDL tenía como hipótesis que no se produjera de graves crisis de desnutrición entre 2010 y 2014 porque estas crisis aumentarían la vulnerabilidad de la población del Convenio. Ahora bien en 2012 Malí fue afectado por una grave crisis alimentaria y nutricional: las lluvias han sido escasas, las cosechas han sido malas y los precios de los alimentos aumentaron. Luego, la situación humanitaria se empeoró debido a la inseguridad y a los conflictos en el Sahel. El acceso humanitario a las personas era limitado y el transporte de la ayuda era difícil.

MPDL había también puesto como hipótesis que las condiciones de seguridad no se deterioran en la zona de intervención y que la movilidad del personal permita un seguimiento y una supervisión adecuados de las actividades del Convenio. Ahora bien Malí sufrió un Golpe de Estado en marzo de 2012 y violentos conflictos armados en el norte del país. Ante esta situación, MPDL repatrió a su personal expatriado y decidió reclutar en Malí personas de origen subsahariana. Las supervisiones se pararon durante varios meses y MPDL canceló las actividades de la PAC 3 que se realizaban con los servicios descentralizados del Estado o que necesitaban reuniones.

→ Varias hipótesis se realizaron durante el Convenio que tuvieron repercusiones sobre la metodología de acción del Convenio pero que no impidieron MPDL obtener los resultados esperados.

4.3.2 Viabilidad de la intervención en Malí

¿Los beneficiarios individuales tendrán las capacidades para mantener los beneficios alcanzados con la intervención?

La mayoría de las actividades propuestas en Malí son actividades productivas lo que facilita la viabilidad. Además MPDL reforzó las capacidades de los beneficiarios durante el Convenio con formaciones técnicas, formaciones financieras y formaciones en gestión organizativa.

Los bancos de cereales, los fondos rotatorios, los huertos, los pozos pastorales, los Comités GRN ya funcionan de manera casi autónoma. En el resto de las actividades, MPDL deberá seguir acompañando las estructuras para aconsejarlas y trabajar algunos puntos de vigilancia:

- Los bancos de semillas y los bancos de alimento de ganado ofrecieron un nuevo servicio en los pueblos y tuvieron dificultades a fijar un precio de venta atractivo. Necesitarán recibir consejos de MPDL durante su próxima campaña de venta.
- Para la presa, es su primera cosecha del arroz pero por el momento no encontró problemas y los beneficiarios están muy satisfechos de la parcelación. Es igualmente una infraestructura compleja que pide una atención especial de MPDL y un seguimiento a medio plazo.
- Las unidades de transformación agrícola son estructuras cuya viabilidad es difícil de obtener: las mujeres recibieron numerosas formaciones y comienzan a generar beneficios pero los resultados siguen siendo frágiles. Las UT deberán ser acompañadas por MPDL durante el próximo Convenio.
- Las unidades de engorde ovina y de avicultura mejorada se pusieron en marcha en 2014 con mujeres inexpertas: un seguimiento por parte del Servicio de ganadería o MPDL permitirá garantizar una escasa mortalidad de los animales.

→ Las actividades ejecutadas en Malí funcionan correctamente y la mayoría de los beneficiarios desarrollaron las capacidades suficientes para mantener los beneficios obtenidos. Siguen existiendo algunos puntos de vigilancia que MPDL deberá seguir durante el próximo Convenio pero que no ponen en peligro la viabilidad de los resultados.

¿Los socios locales tienen los recursos para seguir las actividades sin el apoyo del Convenio?

En Malí, los socios locales fueron Sini Sanumam, AFLN y CAFO. AFLN y Sini Sanumam realizaron sobre todo prestaciones de servicios poniendo a disposición de MPDL sus

animadores. Sus actividades generan ingresos: para seguir las actividades sin el apoyo del Convenio, deben encontrar financiaciones por parte de la Cooperación o el Gobierno Maliense. Estas organizaciones no obtuvieron fondos, por el momento, permitiéndoles seguir sus acciones en la zona de intervención. AFLN tiene un proyecto con el Ministerio de Educación para alfabetizar a los jóvenes que abandonan el sistema escolar en Kita y Sini Sanumam trabaja en Bamako y Gao con UNICEF y el Ministerio de Asuntos Exteriores Alemán en acciones de sensibilización en MGF.

En cuanto a la CAFO, la antena de Kita recibió una sede con una sala de reunión que puede alquilarse para generar ingresos a la CAFO y permitirle mantener su actividad una vez el Convenio terminado. La sala de reunión está regularmente alquilada y la CAFO considera que gana entre 75.000F y 150.000F al mes con la sala. Las asociaciones que pertenecen a la CAFO deben también pagar una cotización de 1000F mensual lo que representa 45.000F mensuales. Sin embargo el uso de este dinero no queda claro: el edificio necesita un mantenimiento pero la CAFO no lo hace cuando tiene el dinero. Como ya lo comentamos, la CAFO entró como socia y beneficiaria del Convenio. Tenía bajas capacidades para ejecutar actividades y se implicó relativamente poco en la gestión del Convenio. En junio de 2014, condujo una gira de sensibilización en el Kaarta pero se trata de una actividad aislada y la CAFO es difícilmente capaz de seguir las asociaciones rurales que recibieron un apoyo del Convenio y de proponerles formaciones en adecuación con sus necesidades sin un apoyo de MPDL.

→ Sini Sanumam y AFLN siguen ejecutando actividades de alfabetización y MGF pero sin vínculo con el Convenio porque no pueden autofinanciar su trabajo y dependen de las elecciones de los financiadores. En el caso de la CAFO, MPDL le dio herramientas para garantizar su viabilidad con la construcción de una sala de reunión que se alquila. La CAFO tiene también un plan estratégico y un plan de acciones pero la organización necesita todavía mucho de apoyo para poder desempeñar un verdadero papel de socio.

[¿Se desarrollaron las capacidades locales y/o nacionales? ¿En qué medida MPDL consiguió implicar los ayuntamientos en el apoyo a la viabilidad de las acciones?](#)

Los ayuntamientos y las autoridades tradicionales se implicaron en la gestión del Convenio y fueron informadas de las actividades realizadas. El equipo de evaluación constató que son muy interesados por las actividades del Convenio. Las autoridades tradicionales supervisan las asambleas generales de las asociaciones y piden a sus consejeros de seguir las actividades llevadas a cabo. Los ayuntamientos participaron también en el Convenio. Algunos consideraron que habrían necesitado una formación en gestión de proyecto para seguir mejor las actividades, lo que sería pertinente.

MPDL trabajó también con los Servicios descentralizados del Estado para garantizar una mejor viabilidad de las acciones. Los Servicios de la Hidráulica participaron en la excavación de los pozos de agua potable, los servicios de la ganadería formaron a los agricultores, los servicios de las aguas y bosques formaron a los Comités GRN, los servicios de la ingeniería rural participaron en la excavación de los pozos de los perímetros y los servicios de la agricultura apoyaron el cultivo de las tierras río arriba de la presa de Séféto. Al hacer participado estos servicios, MPDL dio a conocer su trabajo. Hoy el servicio de la agricultura apoya a los agricultores de la presa de Séféto: un agente los acompaña y reparte semillas. Sin embargo estos servicios tienen presupuestos limitados y no se pueden esperar de ellos mas que un apoyo esporádico y limitado.

→ Las capacidades locales de las autoridades y de los servicios técnicos se utilizaron en la ejecución del Convenio. MPDL favoreció así la viabilidad de las acciones aunque estos actores tengan pocos recursos y su compromiso financiero será limitado.

Lo que hay que retener de los resultados de las acciones 1, 2 y 3 del Convenio

Los resultados eran ambiciosos. Pero MPDL consiguió tener efectos superiores a lo que estaba previsto y la mayoría de los beneficiarios desarrollaron las capacidades suficientes para mantener los beneficios obtenidos.

La ONG construyó la presa de Séféto y apoyó 19 fondos rotatorios, 9 bancos de cereales, 4 bancos de semillas, 22 huertos y 2 unidades de transformación agrícola. Estas distintas estructuras funcionan y permiten mejorar la producción y el consumo de productos agrícolas y hortícolas en la zona. Habrá que mantenerse atento a la selección de los beneficiarios y seguir las UT que tienen todavía pocos beneficios.

Las actividades de ganadería y de GRN se retrasaron: estaban financiadas por la subvención AACID 2011 que estuvo disponible en PAC 4 y la mayoría de los resultados se esperaban para la PAC 5. Algunos efectos son igualmente ya visibles: los pozos pastorales funcionan y los Comités GRN son autosuficientes y esenciales en la gestión de los conflictos campesinos. Sin embargo los bancos de alimento para el ganado, las unidades de engorde ovino y los gallineros mejorados son nuevas actividades financiadas por el proyecto AACID 2011 : necesitan todavía un seguimiento durante la campaña 2015 y este seguimiento seguido se hará en el marco de la acción 5 del nuevo Convenio de MPDL que se refiere a la consolidación de los comités campesinos de gestión y de seguimiento-evaluación.

Las OCB mejoraron su funcionamiento y fueron reforzadas a través de una serie de formaciones y de la alfabetización: se admitieron 1071 personas al examen final de alfabetización inicial, 220 personas terminaron la fase de consolidación y 138 superaron el examen post-alfabetización. Los Comités utilizan las herramientas de gestión necesarias para la realización eficiente de sus actividades y son capaces de cumplir su trabajo de manera autónoma.

5 Resultados de la evaluación de las acciones en España

Las actividades de la acción 6 del Convenio están las únicas que tienen lugar en España. La acción 6 representa un 1,6% de los costes directos del Convenio y tiene por objeto acercar a la sociedad española a los temas de desarrollo. La sociedad suele ser informada sobre las situaciones de crisis y sobre el sistema de ayuda humanitaria pero conoce muy poco las metas de las acciones de desarrollo. Esta es la razón por la que la acción 6 se concentra en la sensibilización de la población española sobre los temas de desarrollo del Convenio.

5.1 Análisis del diseño de la intervención en España

[¿La acción 6 es coherente con las prioridades del plan estratégico 2008-2012 de MPDL? ¿Sigue siendo coherente con el plan estratégico 2013-2015 de MPDL?](#)

El plan estratégico 2008-2012 de MPDL prioriza una línea de acción de sensibilización y participación que tiene por objetivo acercar a la sociedad española a las realidades en las cuales MPDL trabaja y ofrecer a la sociedad española espacios de participación para modificar estas realidades a través del voluntariado o la participación en acciones concretas en favor de la Paz. Estas prioridades son coherentes con la formulación de la acción 6 que prioriza la difusión de información sobre la situación en salud y seguridad alimentaria de las poblaciones en Malí y Níger y la creación de espacios y material de reflexión sobre la situación en salud y seguridad alimentaria de las poblaciones en Malí y Níger.

En junio de 2013, MPDL adoptó un nuevo plan estratégico para 2013-2015 que prioriza el cambio social a través de la participación y la promoción de la educación y la comunicación para la Paz. Este eje de trabajo desea favorecer procesos de participación social en España lo que sigue siendo coherente con la acción 6.

→ Las actividades de la acción 6 son coherentes con las prioridades organizativas de MPDL.

¿La acción 6 es coherente con las prioridades del PDCE 2009-2012? ¿Sigue siendo coherente con el PDCE 2013-2016 de la Cooperación Española?

El PDCE 2009-2012 considera la educación para el desarrollo como una prioridad y apoya su lógica de intervención sobre la estrategia sectorial de Educación para el desarrollo. El PDCE prevé trabajar 4 dimensiones que se completan: la sensibilización, la formación sobre el desarrollo, la investigación sobre el desarrollo, la movilización social. La acción 6 tiene en cuenta estas distintas dimensiones formulando actividades de:

1. difusión de la información sobre la realidad del contexto en Malí y Níger para sensibilizar,
2. elaboración de material pedagógica sobre los derechos a la alimentación y a la salud para formar sobre el desarrollo,
3. formulación de la estrategia de visibilidad del Convenio para definir y difundir la posición de MPDL sobre el tema del derecho a la salud y a la alimentación
4. creación de espacios de reflexión para favorecer la movilización social.

Así las actividades de la acción 6 se inscriben en las prioridades del PDCE 2009-2012.

El PDCE 2013-2016 prioriza la construcción de una ciudadanía global comprometida con el desarrollo que se basa en la educación para el desarrollo. La educación para el desarrollo es un proceso esencial para contribuir a comprometer y hacer participar la sociedad española en la cooperación. Este PDCE sigue priorizando las cuatro dimensiones de la estrategia sectorial de Educación para el desarrollo: la sensibilización, la formación sobre el desarrollo, la investigación sobre el desarrollo, la movilización social.

→Las actividades de la acción 6 siguen siendo coherentes con las prioridades de la Cooperación Española.

¿La acción 6 se definió teniendo en cuenta la situación inicial y las capacidades de MPDL?

Desde su creación, MPDL considera la sensibilización en España como una parte fundamental de su trabajo. La sensibilización es una herramienta esencial para promover una actitud crítica y activa frente a la realidad nacional e internacional y para favorecer el cambio social. MPDL realiza actividades y proyectos de sensibilización para transmitir a la opinión pública los valores de construcción de paz que inspiran todo su trabajo.

Las actividades previstas en la acción 6 son la continuidad de las actividades de sensibilización de MPDL en España. Así las actividades de definición de un argumentario sobre el Convenio y de difusión de boletines informativos sobre la situación en salud y en seguridad alimentaria en Malí y Níger se inscriben en la lógica de trabajo de MPDL que tiene una experiencia de más de 25 años en publicación de boletines de análisis e investigación sobre la cooperación. MPDL publica desde hace cerca de 25 años una revista “Tiempo de Paz” que presenta análisis de especialistas reconocidos en la materia sobre, entre otras cosas, temas en relación con la cooperación.

La acción 6 se basa también en el ciclo de cine creado por MPDL en 2008 que se llama “Ciclo de Cine por La Paz” y que proyecta cada año películas en relación con temas de cooperación para sensibilizar la sociedad española. La actividad 4 del primer resultado prevé incorporar los temas tratados por el Convenio en el ciclo de cine.

De la misma manera, la acción 6 refuerza el seminario llamado “Derechos hacia una cultura de Paz” que MPDL ha creado en 2009. Se trata de un seminario anual de 2 días que trata de temas de cooperación invitando especialistas de distintos países del sur. La primera actividad del resultado 2 permite incorporar el Convenio en este evento.

Finalmente MPDL prevé elaborar y distribuir material pedagógico y de sensibilización sobre la situación en salud y en seguridad alimentaria de las poblaciones en Malí y Níger. MPDL tiene una larga experiencia en la implementación de proyectos educativos con niños, adolescentes y adultos. MPDL considera que es esencial dar a conocer las realidades que nos rodean : por eso MPDL creó la “Red Ciudadana por la Paz”. La actividad 2 del segundo resultado preveía alimentar esta red elaborando material pedagógico a partir de la información producida en Malí y Níger.

→MPDL tiene una fuerte implantación social en España y una extensa experiencia en la implementación de acciones de sensibilización. La ONG formuló las actividades de la acción 6 en la continuidad de iniciativas ya existentes. La acción 6 debía permitir reforzar las actividades de sensibilización y educación de MPDL en España.

¿Existe complementariedades con otras acciones de MPDL?

La acción 6 completa las acciones de educación y sensibilización de tres otros Convenios que comenzaron en el mismo momento que el Convenio Malí-Níger. Se trata de Convenios en Guatemala, en Colombia y en Oriente Próximo (Palestina, el Líbano y Jordania). MPDL previo tener en cuenta los temas tratados por estos 4 Convenios para construir los Ciclos de Cine y los Seminarios anuales de 2011 a 2014.

El desarrollo del material pedagógico (R2A2) debía hacerse también en sinergia con la implementación de un Convenio de educación: así las actividades educativas se aprovechaban de los insumos del terreno.

→MPDL había previsto sinergias entre las distintas acciones de desarrollo que iba a implementar.

5.2 Análisis de los procesos de ejecución y de gestión de la intervención en España

¿Cómo se realiza la coordinación interna con las acciones en Níger y Malí?

El responsable del departamento de comunicación es el responsable de la acción 6. De 2010 a 2012, se coordinaba con la coordinadora del Convenio y era responsable de un equipo de 2 personas y mitad. A raíz de los cambios organizativos en MPDL, el puesto de responsable del Convenio desaparece y las acciones se distribuyen por país. El responsable del departamento de comunicación sigue supervisando la acción 6 pero el departamento de comunicación pierde a una persona y se reduce a dos personas y mitad (contando el responsable). Debe coordinarse con la Responsable Malí que supervisa las acciones 1, 2 y 3 y con la Responsable Níger que supervisa las acciones 4 y 5. Las Responsables País se encargan de ser el vínculo entre el terreno y el responsable de comunicación. Según la información disponible, una serie de actividades pudieron realizarse en coordinación entre las Responsables País y el departamento de comunicación. Es interesante destacar a los chats en Facebook organizados con las Responsables País y personas claves en Níger y Malí en el marco del día de la Mujer (en marzo de 2012 y en marzo de 2013). La campaña "Arroz a la Africana" pidió también una buena coordinación entre los distintos responsables. El equipo en Malí transmitió imágenes y artículos sobre la realidad de la alimentación en África subsahariana. El equipo en Níger envió un vídeo para animar a la sociedad española a participar a la Carrera para la Paz (septiembre de 2012).

→ Las Responsables País pudieron desempeñar su papel de correa de transmisión entre el departamento de comunicación y el terreno, cuando la comunicación en terreno puede ser complicada ya que las conexiones Internet son lentas y la rotación del personal en terreno es elevada.

¿Los indicadores y las fuentes de verificación del marco lógico se han formulado de manera apropiada?

La acción 6 se divide en dos resultados y tiene 6 indicadores de seguimiento en total, lo que es una cifra reducida que permite una gestión fácil. Casi todos indicadores son indicadores de resultados que permiten seguir los efectos de las actividades. Sólo el tercer indicador del primer resultado es más bien un indicador de seguimiento de las actividades: mide si los boletines se escribieron pero no permite saber el nivel de difusión de estos boletines. La mayoría de las fuentes de verificación son también pertinentes : permiten medir el indicador con propiedad y a un coste razonable.

Tabla 12. Análisis de los indicadores del marco lógico de las acciones en España

Indicadores	Fuentes de verificación	Comentarios
OE6R1. Difundida en España información analítica sobre la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger		
Al finalizar la PAC 2 todo el personal relacionado con el convenio conoce y utiliza la estrategia de visibilización y el argumentario sobre el convenio.	Documento de la estrategia de visibilización y argumentario - Listado de asistencia - Fotos	Indicador de resultados. Las fuentes de verificación aseguran una socialización pero no un uso del argumentario

Indicadores	Fuentes de verificación	Comentarios
Al finalizar el convenio se cuenta con un espacio WEB permanente y en funcionamiento sobre la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger	Impresiones del espacio WEB - Artículos, fotos, videos incluidos en la WEB. - Protocolo de funcionamiento del espacio web	Indicador de resultado, verificable con las fuentes de verificación. Se podría haber tenido en cuenta un seguimiento del tráfico sobre el espacio WEB.
Anualmente se editan 4 boletines específicos sobre la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger	Impresiones de los boletines - Listados de distribución de los boletines electrónicos	Indicador de seguimiento de actividades, fácilmente verificable. Habría sido interesante de añadir a cuantas personas están enviados los boletines.
Anualmente se celebra en España una sesión de cine anual relacionada con la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger	Fotos, material de difusión y convocatoria de la sesión de cine - Certificado de asistencia de la sala de proyección	Indicador de resultado con fuentes de verificación pertinentes.
OE6R2. Creados espacios y materiales de reflexión en España sobre la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger		
Anualmente se celebra en España una jornada anual de reflexión relacionada con la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger	Material de difusión - Listado de asistentes, Publicación de las intervenciones y conclusiones de la jornada	Indicador de resultado con fuentes de verificación pertinentes.
Elaborado material pedagógico y de sensibilización sobre con la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger.	Materiales elaborados, Impresiones de su incorporación a la Red Ciudadana por la Paz. - Listado de visitas, descargas y utilización de los materiales.	Indicador de resultado con fuentes de verificación pertinentes.

Durante la implementación del Convenio, MPDL añadió indicadores interesantes midiendo el número de visitas del sitio web (indicador del primer resultado) y pidiendo a los participantes al seminario anual evaluar las intervenciones.

→ **Se formularon los indicadores y las fuentes de verificación de manera apropiada y MPDL ha añadido fuentes de verificación durante la implementación del Convenio.**

¿En qué medida el presupuesto de la acción 6 se realizó? ¿Se respetaron globalmente los tiempos?
¿Cuáles fueron las principales razones del retraso?

El equipo de evaluación tuvo acceso a la información financiera realizada entre la PAC 1 y la PAC 3 y a la planificación financiera de las PAC 4 y 5. Para la PAC 4 tuvo también acceso a los datos financieros del informe técnico que es simplemente una estimación y debe ser validado por el informe financiero.

Tabla 13. Comparación entre el presupuesto planeado y realizado en España

	Planificado	Realizado	Ejecutado	Explicación de la diferencia
PAC 1	3.000 €	3.194 €	106%	-
PAC 2	18.635 €	11.896 €	64%	No realización de las actividades 1, 2 y 3 del primer resultado y de la actividad 2 del segundo resultado.
PAC 3	19.135 €	16.496 €	86%	Realización parcial de las actividades 1 y 2 del primer resultado y no realización de la actividad 2 del R2
PAC 4	30.874 €	15.730 €	51%	NB: el importe realizado debe ser validado por el informe financiero. Realización parcial de las actividades 1 y 2 del primer resultado y no realización de la actividad 2 del R2.
PAC 5	19.500 €	-	-	

De la PAC 1 a la PAC 3, 77% del presupuesto planeado se ha ejecutado. Varias actividades que se planeaban en una PAC pasaron a la PAC siguiente y se presupuestan pues dos veces. Es el caso por ejemplo de la elaboración del material pedagógico que se presupuestó en PAC 2, 3, 4 y 5. Si se analiza el porcentaje anual de ejecución presupuestaria y que se elimina pues el posible doble-recuento, se constata que la ejecución presupuestaria oscila entre 51 y 106%. Si el importe realmente realizado en PAC 4 es el validado en el informe técnico y si la totalidad del presupuesto planeado en PAC 5 se ejecuta, el importe total implementado por la acción 6 será de 66.816€ (93% del presupuesto planeado inicialmente). Para cada PAC, el equipo de evaluación analizó cuáles habían sido las principales razones de los retrasos de ejecución. Éstos se explican por retrasos en la implementación de tres actividades:

1. la elaboración del argumentario que pide un trabajo de reflexión intenso, al cual deben participar los equipos de terreno y el departamento de comunicación
2. la creación de un espacio web para comunicar sobre los temas del Convenio que se retrasó ya que MPDL estuvo en plena fase de reconstrucción de su página Internet institucional
3. la elaboración del material pedagógico que pedía una coordinación entre el departamento de comunicación, las Responsables País Malí y Níger y el responsable del Convenio de educación.

→ Los retrasos en la implementación de estas tres actividades no se deben a factores externos. Se deben principalmente al hecho de que MPDL tiene insuficientes recursos humanos para hacer frente a la realización de todas las actividades de sensibilización del Convenio.

5.3 Análisis de los resultados de la intervención en España

[¿En qué medida el resultado “R1. OE6. Difundida en España información analítica sobre la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger” se alcanzó?](#)

Este resultado dependía de 4 actividades:

- la elaboración y la socialización del argumentario del Convenio
- la creación de un espacio web sobre los temas del Convenio
- la difusión de 4 boletines informativos sobre los temas del Convenio
- la realización de sesiones anuales de cine sobre los temas del Convenio

Por lo que se refiere a la elaboración del argumentario, se trataba de formular un documento de reflexión institucional sobre el derecho a la salud y a la alimentación en África subsahariana para desarrollar una estrategia de visibilidad y saber qué mensajes lanzar. Hasta ahora no se formuló el documento. Se formularon términos de referencia en PAC 2 para definir una metodología de trabajo. Sin embargo la problemática es compleja, principalmente por lo que se refiere al derecho a la alimentación, y este ejercicio obliga a posicionarse sobre el acceso a la tierra o el acceso a las tecnologías (en particular los OGM). En 2013, MPDL quiso lanzar esta actividad: la ONG buscó a un asesor local para acompañar el trabajo sobre el derecho a la salud en Níger pero no encontró nadie que respondía a los criterios requeridos y el proceso se paró. Para Malí, el trabajo debía realizarse internamente pero el equipo de terreno no tuvo tiempo de concentrarse en esta actividad: el Jefe de Misión acababa de llegar y debía asumir el papel de Responsable SA; las actividades de ganadería, de GRN y de nutrición se habían retrasado. Por su parte el departamento de comunicación no tiene las competencias técnicas para llevar tal ejercicio. Sin embargo una gran parte de la información que podría servir a la formulación del argumentario se encuentra en la revista “Tiempo de Paz” publicada en otoño 2012 sobre el derecho a la alimentación. MPDL se coloca también en los mensajes de su cuenta Facebook contra la especulación alimentaria, contra las multinacionales agroalimentarias (Monsanto) y contra los OGM pero esta información no se ha organizado en un argumentario.

Por lo que se refiere a la creación de un espacio web sobre la situación en salud y seguridad alimentaria de la población en Malí y Níger, MPDL debía inicialmente integrar este espacio en el sitio web institucional pero MPDL eligió renovar su sitio web en 2011 y el proceso no se ha terminado aún: MPDL no ha creado todavía un espacio web para los temas del Convenio. A pesar de todo, MPDL pudo comunicar sobre la seguridad alimentaria y la salud por la

publicación de noticias en su sitio web, sobre su página Facebook y gracias a la campaña “Arroz a la africana”. Esta campaña se lanzó en mayo de 2012 y tenía por objeto recoger fondos para mejorar la seguridad alimentaria en Malí y Níger. Se creó un sitio web y se escribieron artículos con el apoyo del equipo de Malí. Este blog debía permitir presentar información de terreno, en un lenguaje simple y cercano a la realidad. Se publicaron artículos sobre el blog y se compartieron sobre la cuenta Facebook de MPDL pero hubo muy pocas actividades: las publicaciones se concentraron de mayo a septiembre de 2012, luego de mayo a agosto de 2013 y finalmente en junio de 2014. La publicación fue esporádica porque implicaba un trabajo importante de los equipos de terreno que ya tenían la implementación de las acciones de desarrollo. Sería interesante conocer el número de visitas sobre el blog pero, sabiendo la baja frecuencia de los posts, parece probable que el número de visitas sea bajo. Es necesario a pesar de todo saludar la realización de un video corto en junio de 2014 que presenta las acciones de MPDL y la situación alimentaria en Malí y Níger. Se puede también considerar que los chats por Facebook con los equipos terreno en marzo de 2013 y marzo de 2012 en el marco del día de la Mujer permitieron difundir información sobre los temas del Convenio a través de Internet.

Por lo que se refiere a la difusión de 4 boletines informativos anuales, esta actividad se modificó durante el Convenio. Estaba previsto inicialmente difundir boletines electrónicos sobre la seguridad alimentaria y la salud en África subsahariana. Sin embargo con la reorganización del sitio web de MPDL, la difusión de los boletines electrónicos se suspendió en PAC 2 y a partir de la PAC 3 se planeó de incorporar información sobre el Convenio en la revista “Tiempo de Paz”, que se imprime a 1.500 ejemplares. En 2012, se tuvo en cuenta información sobre los temas del Convenio en tres números de “Tiempo de Paz” y se consagró un cuarto número a analizar la cuestión del derecho a la alimentación en África subsahariana. En 2013 y 2014, MPDL siguió comunicando sobre los temas del Convenio difundiendo información puntual en su sitio web y su página Facebook. La ONG no realizó nuevos boletines específicos sobre la salud o la seguridad alimentaria.

Por lo que se refiere a las sesiones de cine, pudieron realizarse en el marco del ciclo de Cine “Cine por La Paz”. Tuvo lugar durante dos días cada año a la sala de cine del Circulo de Bellas Artes en Madrid que tiene 213 lugares. Este evento agrupaba películas de los 4 Convenios de desarrollo de MPDL (Guatemala, Oriente Próximo, Colombia y Malí/Níger). La idea era proyectar películas de calidad producidas en los países de origen y que trataban de los temas de desarrollo. En el caso de Níger y Malí, MPDL tuvo dificultades para encontrar películas que respondan a estos criterios. En 2011, 145 personas vieron la proyección de la película maliense “Bamako” que trata de la responsabilidad del Banco Mundial y el FMI en la crisis africana. El productor respondió a las preguntas del público al final de la proyección. En 2012, 104 personas vieron la proyección de la película nigeriana “Para lo mejor y para la cebolla” que trata de la especulación alimentaria. Es una película lenta y de baja calidad pero que tenía el mérito de ser nigeriana y de hablar del problema del precio de los productos alimenticios. El director respondió a las preguntas del público al final de la proyección. En 2013, 77 personas asistieron a la proyección de la película maliense “FantanFanga” sobre la condición de los albinos en Malí. Es un tema diferente de los temas del Convenio pero puede compararse a las dificultades encontradas por las mujeres y trata de “cómo garantizar los derechos humanos de un colectivo vulnerable?”. La actriz principal respondió a las preguntas del público al final de la proyección. Finalmente en 2014, MPDL eligió proyectar la película “Diamantados Negros” que trata de la explotación de los jóvenes jugadores africanos de fútbol en el mercado del deporte europeo: esta película consiguió reunir a 165 espectadores. Cada año MPDL ha conducido una campaña de promoción del Ciclo de cine con la difusión del programa a su lista de contactos electrónicos, por carteles en Madrid, invitaciones a la administración y a las embajadas de los países en cuestión, por la distribución de postales en los bares y por la redacción y difusión de notas de prensa.

→ La realización del resultado 1 es desigual. Las sesiones de cine tuvieron lugar con satisfacción. Los boletines informativos específicos no se elaboraron como se planeaba inicialmente pero MPDL publicó una revista “Tiempo de Paz” sobre el derecho a la alimentación lo que permitió difundir un documento de reflexión sobre un tema del Convenio. De la misma manera, MPDL no creó un espacio propio al Convenio en su sitio web pero publicó noticias del Convenio en su sitio web institucional y el Convenio participó a la Campaña “Arroz a la africana”. MPDL comunicó relativamente bien sobre el derecho a la alimentación aunque seguramente no alcanzó a tantas

personas como estaba previsto inicialmente, porque la revista tiene una escasa tirada y que el blog no tiene seguramente el mismo número de visitas que la web institucional. Sin embargo, MPDL casi no comunicó sobre el derecho a la salud en Níger y el argumentario no se elaboró cuando habría permitido articular el discurso de MPDL sobre la salud y la seguridad alimentaria en África subsahariana.

¿En qué medida el resultado “R2. OE6. Creados espacios y materiales de reflexión en España sobre la situación de salud y soberanía alimentaria de la población de Malí y Níger” se alcanzó?

Este resultado depende de dos actividades:

- la realización de días de reflexión sobre los temas del Convenio
- la elaboración de material pedagógico sobre los temas del Convenio

Por lo que se refiere a los días de reflexión, se realizaron en el marco de los encuentros anuales “Derechos hacia una Cultura de Paz” que agruparon participantes de los 4 Convenios de desarrollo de MPDL (Guatemala, Colombia, Oriente Próximo y Malí/Níger). En 2011, el participante elegido por el Convenio Malí/Níger fue el coordinador MPDL de Konni que participó en la mesa redonda sobre el acceso a los derechos en desarrollo. 60 personas asistieron a esta mesa redonda. En 2012, MPDL invitó al Director de la CNOP (Coordinación Nacional de las Organizaciones Campesinas) de Malí a participar en la mesa redonda sobre el derecho a la alimentación que tuvo lugar al Círculo de Bellas Artes. 58 personas asistieron a esta mesa redonda. Finalmente en 2013, MPDL invitó a una representante del Ministerio de Salud de Níger a participar en una mesa redonda sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en Níger. 69 personas estuvieron presentes a esta mesa redonda que tuvo lugar a la Casa Encendida. En el momento de la evaluación en octubre de 2014, no se había organizado aún el seminario de 2014.

Por lo que se refiere al material pedagógico, no se había elaborado aún en octubre de 2014 en el momento de la evaluación. MPDL explica este retraso por el hecho de que, al principio del Convenio, el contenido del material no era fácil de definir y el departamento de comunicación había considerado más pertinente esperar hasta la PAC 3 para reunir una suma importante que permita realizar un material de calidad como, por ejemplo, una pieza audiovisual. Sin embargo la campaña “Arroz a la africana” fue priorizada en 2012 y se prorrogó la elaboración del material pedagógico. Luego el departamento de Comunicación no encabezó las reuniones necesarias con el departamento de Educación al cual se destinaba el material pedagógico y con el departamento Internacional que debía generar la información inicial. El Convenio de educación terminó en julio de 2014 lo que complica la realización de esta actividad hoy en día. Además el presupuesto aún disponible es limitado. Según la información disponible sobre la página Facebook de MPDL, se elaboraron a pesar de todo seis paneles en octubre de 2012 para una exposición “Alimentos por Derecho” que trata del derecho a la alimentación en África subsahariana. Estos paneles habrían podido utilizarse en los centros educativos pero, según la información disponible en los informes técnicos del Convenio, eso no fue el caso.

→La realización de la actividad 2 es desigual. Los días de reflexión se realizaron siguiendo la planificación inicial. Por el contrario MPDL no elaboró el material pedagógico que debía luego utilizarse en los centros educativos acompañados por el Convenio de educación. Será difícil realizar esta actividad antes del final del Convenio.

Finalmente el equipo de evaluación quiere destacar una actividad no prevista en el marco lógico que es un medio de hacer participar la sociedad española en la lucha contra la desnutrición en la África subsahariana: se trata de una campaña de microdonaciones lanzada en diciembre de 2013 en el sitio web de crowdfunding microdonaciones.org. Esta campaña permitió colectar 2.975€ de 39 donantes para financiar dos estrategias FARN en Malí. Aunque el número de donantes fue limitado, esta actividad logró el objetivo fijado y permitió dar a conocer las estrategias de nutrición implementadas en Malí.

6 Conclusiones y recomendaciones

Esta evaluación intermedia debió retrasarse debido a importantes problemas de seguridad en la zona de intervención y finalmente se realizó durante la PAC 5, al final de Convenio. El equipo de evaluación a pesar de todo juzgó pertinente de mantener recomendaciones para la formulación del Convenio ya que MPDL está actualmente formulando un nuevo Convenio en la zona de intervención que implicará a una serie de protagonistas del Convenio evaluado. Parece interesante que MPDL pueda seguir su acción en la zona de intervención con el fin de reforzar los resultados obtenidos durante el Convenio evaluado.

6.1 Conclusiones y recomendaciones de la evaluación en Níger

6.1.1 Sobre la definición y la formulación del Convenio en Níger

1. Identificar e incluir los sistemas tradicionales de gobernanza en la zona de intervención.

En Níger, los jefes tradicionales siguen siendo una fuerza inevitable. Colaboran en la recaudación de los impuestos, regulan los conflictos sociales y actúan como intermediarios en caso de desacuerdo de tenencia de una tierra o de problemas matrimoniales. Disponen de una autoridad y de un prestigio innegable y son los pilares de la movilización comunitaria. La adopción de la Resolución nº93-28 del 30 de marzo de 1993, llevando el estatuto de la Chefferie Tradicional (modificada por la ley 2008-22 del 23 de junio de 2008) precisa que el jefe tradicional debe “de ser asociado plenamente a todas las acciones de desarrollo en relación con su comunidad”. Así implicar a los jefes tradicionales en las actividades del Convenio estaría de acuerdo con la política nigeriana y permitiría trabajar con unos actores con una fuerte capacidad de movilización. Implicar los jefes tradicionales en las actividades de sensibilización es una estrategia que ya adoptaron desde hace unos años organizaciones de desarrollo. Así UNFPA y UNICEF trabajan directamente con la asociación de los jefes tradicionales de Níger (ACTN). Esta estrategia permite incluir unos actores con una gran influencia sobre la población sobre temas delicados como la promoción de la educación de las muchachas o la planificación familiar, conduciéndolos a modificar sus posiciones y sus convicciones peligrosas para la salud de las mujeres y niños

Sin embargo, en el caso de MPDL, los pueblos de la zona de intervención muestran una complejidad particular: los pueblos tienen a menudo varios jefes de pueblo y los desacuerdos parecen importantes. Sería necesario tener una imagen detallada de la situación actual antes de definir los mecanismos de participación de los jefes tradicionales, a nivel de los pueblos, de las tribus, de los cantones y de la provincia. Este análisis debería también incluir a algunos grupos marginalizados como lo son los Peulhs y los Tuaregs. Inicialmente, es esencial que MPDL elabore una lista de los jefes de pueblo presentes en la zona de intervención con el fin de poder encontrarlos y conocer su opinión sobre las necesidades de las poblaciones en términos de salud.

2. Definir e incluir la gobernanza de los órganos comunitarios en la acción sanitaria

Se realizó un estudio de los COGES y COSAN en PAC 1 que presenta los órganos comunitarios pero no analiza a fondo el sistema de gobernanza de estas estructuras. Sería necesario saber qué tipos de campesino se eligen en los COGES y cuáles son sus motivaciones. Estos Comités están sin duda espacios de poder que pueden fácilmente ser acaparados por una élite campesina. En sucesivas ocasiones el equipo de evaluación constató que se mantienen algunos COGES idénticos durante varios mandatos, lo que lleva a creer que el juego democrático no se sigue siempre (imposición de las candidaturas, influencias de los jefes del pueblo, negativa a presentarse por razones de división del pueblo, entre otras explicaciones posibles). Este estudio debería también analizar las razones de la no participación de las mujeres en los COGES lo que permitiría definir una estrategia para acompañar la integración de las mujeres.

3. Reforzar el enfoque de género en la fase de identificación y de formulación de las actividades

El Convenio integra pocas acciones con un enfoque de género y las relaciones entre hombres y mujeres en la zona de intervención siguen siendo poco conocidas lo que dificulta la definición de estrategias de intervención. La fase de identificación del Convenio incluía

una encuesta CAP que había recogido mucha información sobre los conocimientos en salud y los comportamientos de hombres y mujeres. Sin embargo la información no se analizó suficientemente para sacar conclusiones analíticas que pueden incorporarse en la formulación del Convenio. Los obstáculos en el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios y en su participación en los COGES no se identificaron claramente. Las mujeres son con todo los principales beneficiarios.

Sería importante identificar los puntos de bloqueo en la participación de la mujer en los sistemas sanitarios y utilizar esta información para definir las actividades, el método de ejecución y los criterios de selección de los beneficiarios.

4. Desarrollar mecanismos participativos para la formulación anual del Convenio

La formulación de las PAC se basó principalmente en un diálogo con los DS sin incluir a otros actores que tienen responsabilidades en la estructura sanitaria: principalmente los jefes tradicionales, los ayuntamientos y los CG. MPDL tomó esta decisión porque, en Níger, los procesos participativos de planificación necesitan presupuestos altos. En efecto, los DS piden que las personas que se desplazan reciban dietas.

En cuanto a los ayuntamientos, MPDL ya realizó un trabajo de promoción interesante y los sensibilizó a la importancia de incluir fondos para la salud en el presupuesto comunal anual. MPDL podría reforzar esta acción reuniéndose con los alcaldes durante las fases de planificación de las PAC que coinciden con el período de formulación de los presupuestos de los ayuntamientos. Ciertamente las capacidades financieras de los ayuntamientos están limitadas pero MPDL podría presentar las actividades previstas y negociar con los ayuntamientos su participación en el mantenimiento de nuevas infraestructuras. Hoy en día MPDL ha construido sistemas de agua y sistemas fotovoltaicos que no funcionan correctamente porque los DS no tienen las capacidades para garantizar el mantenimiento de estas infraestructuras: el mantenimiento representa costes que los CSI no pueden siempre asumir cuando son a veces muy bajos (cambio de bombillas o de grifos, revisión del funcionamiento de las baterías). Los ayuntamientos tienen la responsabilidad de apoyar el funcionamiento de los CSI y podrían dedicar una línea presupuestaria a tal efecto.

En cuanto a los jefes tradicionales, queda como ya lo explicamos, por analizar atentamente sus métodos de funcionamiento. En función de este análisis, podría ser interesante tener en cuenta las necesidades que definieron en su comunidad y pedirles un apoyo en las realizaciones comunitarias (cercado de los CSI, construcción de hangares, o de salas de observación). Estas reuniones pueden hacerse conversando en casa de los jefes de pueblos sin necesidad de organizar reuniones con dietas.

En cuanto a los CG, los COSAN deben realizar un microplan que define las prioridades de la población. Sin embargo los DS piden supervisar la microplanificación y consideran que todos los participantes deben recibir dietas. Apoyar la elaboración de microplanes en este contexto es muy costoso y su eficiencia es relativamente baja. Dos soluciones se ofrecen a MPDL. La primera es conseguir negociar con los DS la posibilidad de realizar microplanificaciones sin incluir dietas. Esta negociación no podrá seguramente lograrse sino durante la elaboración del acuerdo de colaboración con los DS del nuevo Convenio: pedirá grandes capacidades de negociación. Se trata de la solución más pertinente pero la menos factible sabiendo las políticas de los DS. La segunda solución consiste en hacer remontar las necesidades definidas por los COGES de los CSI y de las casas de salud a través de los animadores MPDL. En ese caso el proceso no seguirá las normas de planificación comunitaria previstas por los DS pero permitirá tener una aproximación de las necesidades de la población.

5. Definir las responsabilidades de cada uno en el mantenimiento de los equipamientos durante la fase de planificación

Durante la fase de identificación de las infraestructuras que MPDL desea financiar, sería importante que MPDL presente a los COGES, a los responsables de los centros de salud y a los DS una estimación de los costes adicionales que las nuevas infraestructuras generarán y las responsabilidades que cada uno debería asumir, apoyándose a los roles previstos en los decretos del Gobierno de Níger. MPDL podría pedir a los COGES de comprometerse en la supervisión del buen uso de las infraestructuras con el fin de garantizar servicios sanitarios de calidad para la población. Los DS deberían asumir los gastos de mantenimiento de las infraestructuras y el Centro de salud los gastos de funcionamiento. Antes de empezar las

construcciones, sería importante que estos roles y responsabilidades se presenten en un contrato firmado por todas las partes y presentado a la comunidad.

6.1.2 Sobre los recursos humanos MPDL en Níger

1. Formar los recursos humanos en género con el fin de reforzar la consideración de la dimensión de género en el proceso de ejecución y seguimiento del Convenio

MPDL no definió estrategia clara para mejorar la participación de las mujeres en las estructuras sanitarias. Las mujeres participaron como beneficiarias de formaciones y sensibilizaciones pero no mejoraron su posición en los Comités. Para trabajar este aspecto, el personal del Convenio necesita mejorar sus conocimientos en género. El equipo recibió una primera formación en PAC 4 pero no es suficiente. Es necesario seguir formando el conjunto del personal MPDL en Níger sobre el enfoque de género. No deben solamente organizar sesiones de sensibilización sobre el género pero deben también incorporar este enfoque en todas las actividades que llevan a cabo.

Más que formar puntualmente al equipo, MPDL podría prever la incorporación de una persona experta en género contratada a tiempo parcial para el Convenio. Esta persona tendría por principales tareas:

- definir estrategias para reforzar la posición de las mujeres en los espacios de decisión
- trabajar en colaboración con el Responsable de Proyectos para incluir el enfoque de género en todas las actividades planeadas del Convenio
- formar los animadores a la consideración del enfoque de género en las actividades planeadas
- definir indicadores de seguimiento con un enfoque de género en colaboración con el RISE.
- realizar una formación continua y un seguimiento del personal MPDL y de los socios locales en género

2. Reforzar las capacidades de seguimiento de las actividades de los animadores

Los evaluadores constataron que los animadores conocían las disfunciones de los CSI (avería de agua o electricidad, ausencia de reuniones de los COGES, escasa participación comunitaria, etc.) pero que la información no remontaba al RP y al Jefe de Misión porque los animadores no saben que deben hacerlo. Los animadores cambiaron varias veces de responsable y tuvieron mucha autonomía durante una parte del Convenio lo que condujo a una multiplicación de metodologías de trabajo y una confusión sobre sus tareas. Desde la PAC 4, el RP formalizó la planificación y el seguimiento de sus actividades instituyendo reuniones semanales con el fin de cuadrar de nuevo su trabajo. Pero el seguimiento de las actividades sigue siendo insuficiente y sería importante formar los animadores sobre las técnicas de recogida de datos cualitativos y cuantitativos. Esta formación no debería inevitablemente hacerse con un taller teórico sino más bien hacerse con un formato más práctico. Por ejemplo el RISE podría organizar la visita de un CSI con los animadores y el RP. Podría explicarles in situ cómo recoger la información preguntando al jefe CSI, reuniéndose con las matronas y con clientas y observando. Más que una formación puntual, esta formación se repetiría cada 3 meses con el fin de mantener los conocimientos de los animadores actualizados.

3. Sistematizar la supervisión de los animadores y de los agentes de salud formados

La Coordinadora Salud concentró sus actividades en la supervisión de los animadores y la relación con el DS de Konni. Ciertamente el material de formación debe seguir las normas del Ministerio de Salud y no se puede modificar, sin embargo MPDL tiene un margen de maniobra importante en la definición del material de sensibilización utilizado en las formaciones de los COGES, de las matronas y de las escuelas de maridos. Ahora bien son los animadores MPDL y los comunicadores de los DS que deciden el contenido.

De la misma manera los animadores y los comunicadores de los DS son responsables del seguimiento postformación de los agentes de salud. Ahora bien los animadores MPDL no poseen formaciones sanitarias y no tienen la formación suficiente para realizar este tipo de actividades de supervisión. Sería más pertinente que la Coordinadora Salud sea

responsable de estas actividades, sabiendo que es la experta en salud del equipo. Sería importante que ella revise y uniforme el material de sensibilización utilizado a Konni y a Tahoua. Podría también hacer visitas regulares a los agentes formados por MPDL para realizar la postformación que debería, en teoría, ser realizada por los formadores.

4. Mantener a un equipo directivo con fuertes capacidades de negociación

MPDL no realiza directamente las actividades sino que trabaja con los DS. Ahora bien, MPDL casi no tiene palanca de presión sobre los DS cuando éstos no cumplen sus compromisos y el personal directivo de MPDL debe mostrar una gran capacidad de negociación para hacer avanzar las actividades del Convenio. Es el caso por ejemplo en la negociación de dietas, en la entrega de los justificantes económicos, en la participación de los ayuntamientos en el proyecto, en la entrega de los indicadores de seguimiento del Convenio. El equipo directivo actual ha conseguido establecer canales de comunicación directa con el Ministro de Salud, lo que permitirá aumentar la capacidad de negociación con los DS pero se trata siempre de un equilibrio frágil que pide, por parte de MPDL, habilidades de negociación y un sólido conocimiento del contexto local.

6.1.3 Sobre los procesos de seguimiento del Convenio en Níger

1. Definir un sistema de seguimiento de los resultados que multiplica las fuentes de verificación

MPDL se basó en gran parte en la información de los DS para seguir sus actividades con el fin de minimizar los costes del sistema de seguimiento. Sin embargo las estadísticas de los DS no son fiables y utilizarse la información disponible no permite como una herramienta de decisión en la gestión del Convenio. Se preveía que también en el marco lógico MPDL siguiera el buen funcionamiento de las infraestructuras de CSI y redactara informes como fuente de verificación, que no están disponibles. Finalmente el acuerdo de colaboración había considerado que MPDL elaboraría guías de conversaciones post sensibilización y rejillas de evaluación de formaciones que no se hizo. Así generalmente, el sistema de seguimiento del Convenio no funcionó correctamente y dependió exclusivamente casi de las estadísticas de los DS. Como los datos de los DS no son siempre probables, MPDL no siguió los indicadores de resultados del Convenio para tomar decisiones y la ONG finalmente trabajó concentrándose en la realización de las actividades más que sobre una gestión orientada hacia los resultados.

En mayo de 2014, MPDL a pesar de todo estableció nuevas fichas de seguimiento en CSI y el CS, lo que debería permitirle tener acceso a información más segura. La información se refiere al funcionamiento de los CG y sobre a una serie de indicadores sanitarios. Es importante de reforzar este sistema de seguimiento por un trabajo de supervisión más directa por el equipo MPDL.

Por lo que se refiere a las formaciones de los agentes de salud:

(i) hacer el seguimiento de las formaciones recibidas por cada agente de la superficie de salud para evitar que algunos repiten cursos y para permitir a MPDL definir las necesidades. Sería relativamente simple definir las formaciones recibidas por cada miembro del personal de CSI y el CS. El animador actualizaría esta información cada 6 meses pidiendo a los jefes de CSI y el CS que fueran las últimas formaciones recibidas por el personal de su centro.

(ii) definir indicadores de resultados de las actividades formativas. La evaluación intermedia del Convenio 06-C01-031 había propuesto una serie de indicadores de seguimiento de la eficiencia de las actividades formativas que podrían utilizarse para este Convenio³².

Por lo que se refiere a las infraestructuras: hacer el seguimiento del funcionamiento de las estructuras sanitarias por los animadores MPDL definiendo herramientas que permiten recoger información sobre el funcionamiento de CSI (energía, agua, equipamiento, personal), de las maternidades y del almacén de epidemias. Para garantizar este trabajo, será esencial reforzar las capacidades de seguimiento de las actividades de los animadores

³² Il s'agit de : % de personnes qui commencent la formation/nombre de personnes convoquées ; % de personnes qui terminent le cours / % de personnes qui commencent la formation ; % de personnes qui sont reçues au cours / % de personnes qui terminent le cours ; % de personnes qui appliquent leurs nouvelles connaissances / % de personnes qui sont reçues au cours.

como envío certificado en el apartado sobre los recursos humanos. El RP debería también supervisar esta parte por visitas de terreno periódicas.

Por lo que se refiere a las estrategias móviles: tener acceso al informe de estrategia móvil que los DS elaboran todos los trimestres y que contabilizan el número de beneficiarios en cada superficie de salud. Hasta ahora MPDL dejaba a los DS la elección de los pueblos beneficiarios de las estrategias móviles ya que son ellos quienes conocen las mejor necesidades del Distrito. MPDL debería seguir esta información para contrastarla con los resultados de cobertura de vacunación en las superficies de salud que se miden en las fichas de CSI y el CS.

2. Formalizar el apoyo de MPDL a los DS en el tratamiento de los informes SNIS

Aunque la instauración de un nuevo sistema de recogida de los indicadores sea pertinente, es importante seguir sosteniendo los DS en el refuerzo de su sistema de seguimiento: la participación de los socios locales en el seguimiento del Convenio es un aspecto importante de apropiación.

La nueva toma de función del RISE puede ser una oportunidad para considerar con el DS de Konni un mecanismo de refuerzo del sistema de seguimiento del DS. RISE podría en particular ayudar al epidemiólogo en el tratamiento de los datos del SNIS. Si el DS de Konni se interesa, sería esencial que este mecanismo esté formalizado entre las dos partes por un acuerdo que defina la frecuencia de las actividades y las responsabilidades de cada uno.

3. Introducir indicadores de seguimiento de los procesos de gestión del Convenio

Las actividades de gestión del Convenio no están seguidas de manera sistemática mientras que consumen una gran parte de los recursos humanos del Convenio. MPDL debería seguir el número de reuniones realizadas con los DS y el tema de la reunión. El RP y la Coordinadora Salud están obligados a multiplicar las reuniones con los DS para pedir los justificantes. Sin embargo dado que no se sistematizó esta información no es posible saber en qué medida la coordinación con los DS se mejora. Otro aspecto que debe seguirse es la duración entre la fecha estaría prevista de entrega de los datos SNIS y la entrega efectiva de los datos por los DS.

De la misma manera sería interesante definir un indicador para hacer el seguimiento de los justificantes financieros. Podría tratarse de medir:

- el volumen de fondo gastado en comparación con el volumen de fondo justificado por el DS
- el volumen de fondo justificado por el DS en comparación con el volumen de fondo dado por correctamente justificado por MPDL
- el período necesario para los DS para justificar un 80% de los fondos.

Estos indicadores permitirían a MPDL medir el nivel de apropiación de los socios locales y así evaluar el volumen de financiación que éstos pueden gestionar. Por el momento, el ECD de Konni tiene dificultades para justificar las financiaciones actuales del Convenio y es preferible no aumentar el volumen de financiación concedido al DS hasta que el ECD muestre la capacidad suficiente para administrar el volumen de financiación actual.

4. Utilizar el acuerdo de colaboración para definir las responsabilidades de cada uno en el sistema de seguimiento y los métodos de utilización de per diem

El acuerdo de colaboración entre MPDL y los DS es el acuerdo que regula la gestión del Convenio y que permite solucionar los litigios entre las dos partes. La elaboración de este acuerdo es un momento esencial para negociar con los DS las responsabilidades de cada uno. Sabiendo que esta evaluación se realiza en medio de PAC 5 no parece útil de renegociar algunos aspectos de este acuerdo de colaboración con los DS pero el equipo de evaluación consideró importante de presentar recomendaciones con vistas al próximo Convenio que debería aplicarse Tahoua por MPDL.

El acuerdo que se firmó en 2010 detalla la gestión de las actividades del Convenio pero deja de lado las responsabilidades de cada uno en el sistema de seguimiento. Ahora bien el acceso a los datos SNIS representó una verdadera dificultad para MPDL. Sería pues pertinente incluir en el próximo acuerdo de colaboración las tareas de cada uno en el

sistema de seguimiento del Convenio. En este acuerdo, MPDL debería comprometerse a participar en los espacios de coordinación de los DS. El documento debería también estipular reuniones de seguimiento mensuales entre DS y MPDL ya que eso parece ser una frecuencia necesaria para la gestión de las acciones.

Otro punto esencial es la negociación de las dietas. MPDL paga dietas dos veces inferiores a las de las demás organizaciones de desarrollo de la zona de intervención lo que crea tensiones con los DS y un retraso en la realización de las formaciones. Sería más pertinente de alinear las dietas de MPDL sobre las dietas de las otras ONG de la zona de intervención con el fin de facilitar la relación con los DS. Ciertamente esta solución no hace más que hinchar el problema de las dietas pero MPDL no puede solucionar solo este problema en la zona de intervención. Parece más juicioso de alinearse inicialmente sobre las otras organizaciones y realizar en paralelo con el apoyo de la OTC y el OIRN un trabajo de promoción con el Ministerio para que éste emita normas hacia los Distritos Sanitarios.

Además del importe de las dietas, sería esencial negociar con los DS para cada tipo de actividad quien recibirá dietas. En efecto, MPDL debe hoy negociar para cada actividad con los DS quien recibirá dietas y quien no. Sería más eficiente negociar este aspecto a partir del acuerdo de colaboración teniendo en cuenta la totalidad de las actividades que deberán realizarse. Sería en particular interesante poder negociar en este acuerdo una metodología que permita hacer los microplanificaciones con los COGES limitando los costes.

6.2 Conclusiones y recomendaciones de la evaluación en Malí

6.2.1 Sobre la definición y la formulación del Convenio en Malí

1. Unas acciones pertinentes que responden a las estrategias locales y a las prioridades de la Cooperación Española

Las acciones del Convenio en Malí se alinean con las prioridades del Gobierno Maliense a nivel nacional y con las prioridades de los municipios a nivel local. Son también coherentes con las prioridades sectoriales y geográficas de la Cooperación Española.

La zona de intervención se divide en 2 zonas distintas que tienen condiciones de acceso y necesidades relativamente diferentes pero que son pertinentes las dos. En particular, la zona del Kaarta es una zona muy aislada con importantes problemas de disponibilidad alimentaria y sin apoyo de ONG. Su aislamiento dificultó el trabajo del equipo de proyecto y MPDL debió desarrollar mecanismos para solucionar los grandes problemas de accesibilidad de la zona, trabajando la coordinación entre los animadores y los responsables de las acciones.

El proceso de identificación inicial permitió determinar las necesidades de los actores implicados en el Convenio, y en particular las necesidades de las mujeres. Las actividades son respuestas adecuadas a las necesidades definidas. Se formularon con la participación de la población y de las autoridades locales.

2. La importancia de la selección de los socios

Es difícil encontrar socios sólidos en Malí en la sociedad civil. Desde la fase de identificación, MPDL eligió la CAFO de Kita como socia pero identificó también debilidades en esta organización: la CAFO iba a ser socia y beneficiaria del Convenio. La construcción de la sede se planea a partir de la PAC 1 para volver más operativa la CAFO y darle ingresos para autofinanciarse. Este beneficio llega muy pronto sin que la CAFO tenga primero que implicarse en la ejecución del Convenio. MPDL realiza también numerosas actividades para reforzar la gobernanza de la CAFO (formaciones, sensibilización, acompañamiento continuo), pero la CAFO casi no participó en la planificación y la realización del Convenio. Hoy en día trabaja con nuevos socios con quienes organiza formaciones en su sede, pero sigue teniendo capacidades bajas y no conoce suficientemente a las asociaciones femeninas que participaron al Convenio en el Kaarta, pues sólo ha iniciado un acercamiento activo a éstas en la PAC 5. Tiene también problemas de gobernanza y una insuficiente transparencia en la gestión de sus fondos, lo que no le permite desempeñar un verdadero papel de socio en un Convenio.

3. El rol de las PAC para aterrizar los resultados que iniciaron en medio del Convenio

El Convenio es un instrumento que se pensó para dejar a las ONG una cierta flexibilidad en la planificación de sus actividades y que les permite aterrizar las estrategias de ejecución durante las planificaciones anuales. A lo largo del Convenio, MPDL utilizó las formulaciones anuales para concretar los resultados OE1R4 de GRN y OE1R5 de nutrición que no se habían detallados durante la formulación inicial porque el abordaje de estos resultados iba a comenzar en medio de Convenio. Las actividades de GRN se centraron en gran parte en los conflictos entre ganaderos y agricultores que son esenciales en la gestión de los sistemas agrarios de la zona. De la misma manera, el componente de nutrición se modificó para integrar estrategias de recuperación nutricional y de acceso al agua potable y aconsejar una alimentación de calidad a través de las demostraciones culinarias. Estas actividades mantuvieron su coherencia con la planificación inicial y permitieron responder mejor a las necesidades de la población.

4. La concepción de una estrategia unitaria alrededor del Convenio

MPDL obtuvo un gran número de financiaciones que completan las acciones del Convenio en Malí, principalmente en seguridad alimentaria y nutricional. Es importante destacar el trabajo de reformulación realizado por MPDL con el proyecto de la Comisión Europea para contribuir a la reducción de la práctica de las mutilaciones genitales femeninas en los Municipios de Séféto Oeste, Séféto Este, Dindanko y Kourounikoto. En febrero de 2012, MPDL decide presentar una reformulación del proyecto a la CE y pedir al AECID una modificación sustancial del Convenio con el fin de encontrar más coherencia y sinergias entre el Convenio y el proyecto CE. El paradigma del proyecto CE se modifica para transitar de un enfoque de salud sexual y reproductiva y “riesgo sanitario” a un enfoque de “derechos humanos”: el proyecto CE se inserta entonces en el resultado OE3R3 del Convenio sobre la sensibilización sobre los derechos de las mujeres, ya que la nueva estrategia de sensibilización relaciona la mutilación genital femenina con los derechos a la educación, a la salud y a la elección del propio destino de las mujeres.

MPDL hizo un verdadero esfuerzo para disminuir la dispersión programática y el solapamiento de los proyectos, y eligió unificar sus acciones alrededor del Convenio para mejorar su eficacia y su eficiencia en Malí.

6.2.2 Sobre los procesos de seguimiento del Convenio en Malí

1. La necesidad de un equipo directivo sólido y experimentado

MPDL se enfrentó a una serie de dificultades externas durante el Convenio: desembolso tardío del proyecto AACID 2011, golpe de Estado de 2012, inseguridad creciente, crisis alimentarias. MPDL supo adaptarse a estas dificultades ya que consiguió montar un equipo de dirección sólido y reactivo.

En un contexto de trabajo difícil, MPDL consiguió recuperar el retraso, manteniendo al mismo tiempo la rendición de cuentas pedida por el Convenio. Mantuvo un ritmo de implementación de las acciones que le permitirá respetar los presupuestos y los tiempos inicialmente planificados. Su equipo de dirección desarrolló procedimientos de compra que garantizaron costes y tiempo en adecuación con las actividades y los resultados fijados: se les simplificó pero se mantuvieron normas estrictas de calidad y transparencia. Los mecanismos de gestión de los presupuestos por los socios son convenientes.

2. La necesidad de coordinar las acciones de desarrollo y de emergencia

Aunque las zonas de intervención estén aisladas, MPDL consiguió establecer una buena coordinación dentro de su equipo y con los socios. Las autoridades locales, los servicios del Estado, los beneficiarios, AFLN y Sini Sanumam mostraron un nivel de apropiación del Convenio de acuerdo a su nivel de responsabilidad. Sin embargo MPDL encontró dificultades en terreno porque acciones de emergencia trastornan a veces las estrategias de desarrollo. No es un problema propio de MPDL sino una dificultad generalmente encontrada en los contextos que se declaran de emergencia cuando acciones de desarrollo están en curso.

Para atenuar este problema, la principal estrategia es participar en los órganos nacionales de coordinación de las ONG, lo que MPDL ya hace. La OTC organiza también reuniones de coordinación que podrían ser un espacio pertinente para garantizar una mejor coordinación de los actores de desarrollo y de emergencia de la Cooperación Española.

3. La necesidad de encontrar un equilibrio entre la rendición de cuentas y la eficiencia

La mayoría de los resultados del marco lógico cuentan con indicadores de resultados que permiten evaluar los efectos del Convenio pero las fuentes de verificación son numerosas y costosas en mano de obra ya que MPDL debe producir todos los datos de seguimiento del Convenio. Los CG y los animadores MPDL deben dedicar una parte importante de su tiempo al seguimiento.

Ciertamente la transparencia en la gestión de los fondos y el seguimiento de los efectos son esenciales, pero es también importante simplificar algunos indicadores adaptándose al contexto de la intervención, en el cual no existe ningún sistema de seguimiento en el cual basarse.

4. El aprendizaje institucional en la selección de los beneficiarios

MPDL desarrolló durante el Convenio estrategias de inclusión de los más vulnerables. Al principio del Convenio, MPDL favoreció el criterio de pertenencia a una asociación como criterio de selección de los beneficiarios. Luego MPDL desarrolló estrategias para incorporar a toda la población al Convenio. Finalmente las actividades ejecutadas al final del Convenio cuentan con una orientación específica hacia los más vulnerables: MPDL definió criterios para guiar la selección de los beneficiarios y los pueblos participaron en esta selección.

6.2.3 Sobre los resultados del Convenio en Malí

1. La necesidad de seguir durante el próximo Convenio los beneficios logrados

Las actividades de ganadería y de GRN se retrasaron: estaban financiadas por la subvención AACID 2011 que estuvo disponible en PAC 4 y la mayoría de los resultados se esperaban para la PAC 5. Algunos efectos son igualmente ya visibles: los pozos pastorales funcionan y los Comités GRN son autosuficientes y esenciales en la gestión de los conflictos campesinos. Sin embargo los bancos de alimento para el ganado, las unidades de engorde ovino y los gallineros mejorados son nuevas actividades financiadas por el proyecto AACID 2011: necesitan todavía un seguimiento durante la campaña 2015 y este seguimiento seguido se hará en el marco de la acción 5 del nuevo Convenio de MPDL que se refiere a la consolidación de los comités campesinos de gestión y de seguimiento-evaluación. Así mismo las 2 unidades de transformación agrícola ya tienen beneficios pero necesitan aún un seguimiento importante.

2. Unos resultados importantes sobre los cual será interesante comunicar

Los resultados eran ambiciosos. Pero MPDL consiguió tener efectos superiores a lo que estaba previsto y la mayoría de los beneficiarios desarrollaron las capacidades suficientes para mantener los beneficios obtenidos. La ONG construyó la presa de Séféto y apoyó 19 fondos rotatorios, 9 bancos de cereales, 4 bancos de semillas, 22 huertos y 2 unidades de transformación agrícola. Estas distintas estructuras funcionan y permiten mejorar la producción y el consumo de productos agrícolas y hortícolas en la zona. Las OCB mejoraron su funcionamiento y fueron reforzadas a través de una serie de formaciones y de la alfabetización: se admitieron 1071 personas al examen final de alfabetización inicial, 220 personas terminaron la fase de consolidación y 138 superaron el examen post-alfabetización. Los Comités utilizan las herramientas de gestión necesarias para la realización eficiente de sus actividades y son capaces de cumplir su trabajo de manera autónoma.

MPDL consiguió obtener resultados importantes y sería pertinente capitalizar la experiencia y comunicar sobre ella. Cuatro resultados son especialmente interesantes:

- Los huertos y su uso en la mejora de la alimentación de las familias
- La presa de Séféto como infraestructura innovadora en la zona de intervención y su rol en la producción local de cereales

- Los Comités GRN y sus consecuencias en la gestión de los conflictos entre agricultores y ganaderos
- Los pozos pastorales y sus beneficios para los ganaderos nómadas, que son un colectivo difícil de trabajar en los proyectos de desarrollo.

6.3 Conclusiones y recomendaciones de la evaluación en España

En cuanto al diseño, la acción 6 de sensibilización y difusión de los temas del Convenio es una acción coherente con las prioridades de MPDL y las prioridades de la Cooperación Española favoreciendo la sensibilización, la formación sobre el desarrollo, la investigación sobre el desarrollo y la movilización social.

Al analizar la acción 6 como una acción de sensibilización aislada e independiente, puede parecer de escasa repercusión y tener pocos recursos financieros con un presupuesto inicial de 71.800€. Sin embargo MPDL definió una estrategia de sensibilización, comunicación y educación para el desarrollo que tiene en cuenta las acciones de sensibilizaciones de 3 otros Convenios de desarrollo y de un Convenio de educación para el desarrollo lo que permite encontrar complementariedades y sinergias entre las distintas acciones y optimizar los recursos financieros del Convenio.

En cuanto a los procesos, el marco lógico propone indicadores y fuentes de verificación que permiten un seguimiento adecuado de la acción 6. Las Responsables País hicieron el vínculo entre el departamento de comunicación MPDL y los equipos de terreno, garantizando una aportación de datos prácticos para comunicar y lanzar mensajes. Sin embargo la preparación de la información de comunicación pide mucho tiempo y los equipos de terreno debieron finalmente priorizar la realización de las acciones de desarrollo que representan 72% de los costes totales del Convenio (a comparar a los 1,4% que representa la acción 6). El departamento de comunicación no consiguió hacer el vínculo entre el Convenio Níger/Malí y el Convenio de educación.

Los resultados son desiguales: la mayoría de las actividades se llevaron a cabo correctamente encontrando sinergias con los otros Convenios pero algunas actividades claves para poder comunicar sobre el Convenio no se realizaron: es el caso principalmente del argumentario y del material pedagógico. MPDL debería priorizar estas actividades que permitirán definir un discurso institucional coherente e unificado.

Finalmente es interesante destacar el hecho de que las actividades de sensibilización realizadas en este Convenio forman parte de la estrategia de sensibilización de MPDL y se incorporaron a los canales de comunicación que MPDL ya había creado antes del Convenio. Es el caso del ciclo de cine y de los seminarios: eso permite garantizar una continuidad de la estrategia de MPDL y favorecer la viabilidad de las acciones.