

Informe Evaluación Externa Final

Promoviendo servicios de salud que salvan vidas de mujeres y menores de 5 años en el círculo de Diéma, Mali.

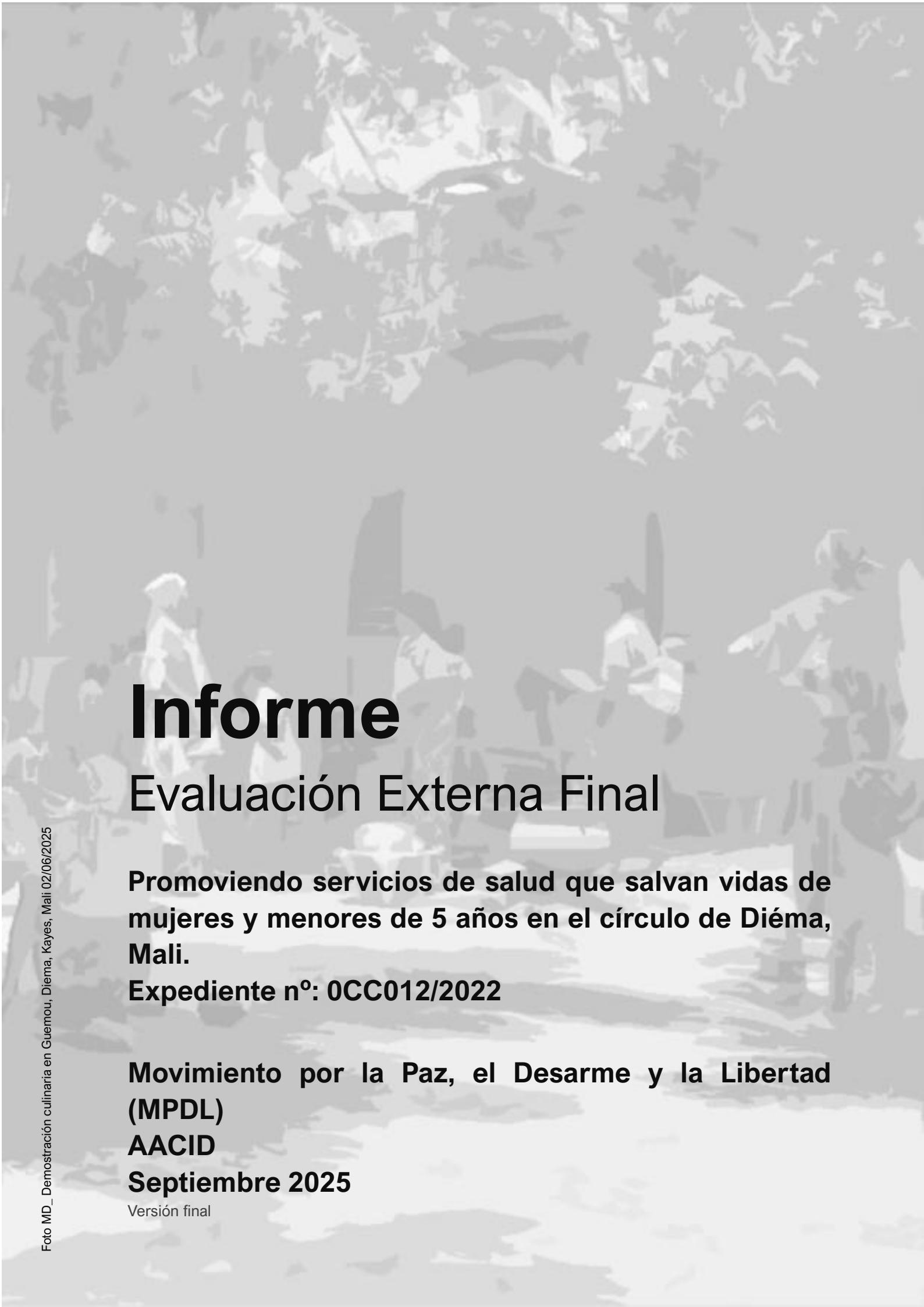
Expediente nº: OCC012/2022

Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL)

AACID

Septiembre 2025

Versión final



Informe

Evaluación Externa Final

Promoviendo servicios de salud que salvan vidas de mujeres y menores de 5 años en el círculo de Diéma, Mali.

Expediente nº: 0CC012/2022

**Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad
(MPDL)**
AACID
Septiembre 2025

Versión final

Informe	Evaluación externa final	
Versión	Vfinal	
Fecha	28/09/2025	
Elaborado por	Fernando de los Ríos / Mamoutou Dembelé Ermelinda Tipa	
Proyecto	Promoviendo servicios de salud que salvan vidas de mujeres y menores de 5 años en el círculo de Diéma, Mali. Expediente nº: 0CC012/2022	
Implementador	Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL)	
Financiador principal	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID)	
Localización	Diéma, Kayes, Mali	
Contenido	Resumen ejecutivo iii Introducción 1 Antecedentes y objeto de la evaluación 1 Presentación del equipo 1 Actores clave involucrados en la evaluación 2 Uso del informe 4 Estructura y contenido del informe 5 Objetivos y alcance de la intervención 6 Antecedentes y contexto 7 Criterios y preguntas de evaluación 8 Criterios y Preguntas de Evaluación 8 Metodología 9 Fuentes de información 11 Condicionantes y límites de la evaluación 13 Análisis e interpretación de la información 13 EFICACIA 13 EFICIENCIA 24 IMPACTO 29 SOSTENIBILIDAD 33 APROPIACIÓN Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL 34 ASPECTOS TRANSVERSALES 36 ENFOQUE DE GÉNERO Y DESARROLLO 36 SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL 37 RESPETO A LA DIVERSIDAD CULTURAL 37 Conclusiones 38 Recomendaciones 41 Lecciones aprendidas 43 Anexo 01_ Matriz de evaluación 45 Anexo 02_ Visitas fase 2 50 Anexo 03_ Fuentes consultadas 52 Anexo 04_ Matriz CAD 53 Anexo 06_ Fotografías durante la evaluación 56	

Acrónimos	AACID Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo. ASACO <i>Association de Santé Communautaire</i> (Asociación de Salud Comunitaria). CSCCom <i>Centre de Santé Communautaire</i> (Centro de Salud Comunitario). CSRef <i>Centre de Santé de Référence</i> (Centro de Salud de Referencia). ECD <i>Équipe Cadre du District</i> (Equipo Técnico del Distrito Sanitario). FARM <i>Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle</i> (Hogar de Aprendizaje y Rehabilitación Nutricional). GSAN <i>Groupe de Soutien aux Activités de Nutrition</i> (Grupo de Apoyo a las Actividades de Nutrición). MGF Mutilación Genital Femenina. MPDL Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad. SONUB <i>Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence de Base</i> (Cuidados Obstétricos y Neonatales de Urgencia Básicos). URENAM/URENAS/URENI <i>Unité de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modérée / Sévère / Intensive</i> (Unidad de Rehabilitación Nutricional Ambulatoria Moderada / Grave / Intensiva). VBG <i>Violence Basée sur le Genre</i> (Violencia Basada en el Género)
-----------	---

Resumen ejecutivo

El proyecto “**Promoviendo servicios de salud que salvan vidas de mujeres y menores de 5 años en el círculo de Diéma, Mali**” fue implementado por el Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL) con financiación de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID). Su ejecución tuvo lugar entre enero de 2023 y marzo de 2025 en el círculo de Diéma, región de Kayes, con el propósito de mejorar la atención sanitaria y los hábitos saludables de las mujeres y sus hijos, en particular en los ámbitos de la salud materna y neonatal, la nutrición infantil y la prevención y atención de las complicaciones derivadas de la mutilación genital femenina (MGF).

La evaluación externa final tuvo como objetivo valorar la pertinencia, eficacia, eficiencia, sostenibilidad y apropiación del proyecto, así como el grado de integración de los enfoques transversales de género, derechos humanos y diversidad cultural. Se aplicó una metodología mixta y participativa, que combinó la revisión documental con entrevistas semiestructuradas, grupos focales y verificación de campo en las comunas de Diéma, Madiga Sacko y Diangounté Camara entre mayo y junio de 2025. La triangulación de fuentes permitió contrastar las percepciones de los beneficiarios, el personal sanitario y las autoridades locales, junto con los registros y resultados reportados por el proyecto.

En términos de **eficacia**, los indicadores muestran avances importantes en la mejora de los servicios de salud materna y neonatal: los partos asistidos aumentaron un 7 %, las consultas prenatales de primera visita un 10 % y las posnatales un 16 %. En nutrición infantil se reforzaron los mecanismos de detección, tratamiento y derivación, con 25 FARN activos y más de 600 demostraciones culinarias que impulsaron el aprendizaje y la apropiación comunitaria. En la atención a la MGF, todas las mujeres con complicaciones recibieron asistencia médica y psicológica, y se establecieron protocolos en 11 estructuras sanitarias, aunque algunas fuentes de verificación se basan en datos verbales o estimativos. Pese a la ausencia de información estadística actualizada sobre mortalidad materna e infantil, los avances observados reflejan una contribución real a la mejora de los servicios y a la protección de la salud de mujeres y niños.

La **eficiencia** del proyecto fue alta. La mayor parte de los recursos financieros se destinó a actividades con impacto directo en las comunidades, con una estructura presupuestaria equilibrada y una ejecución superior al 90 %. El personal local representó el 77 % de los salarios, lo que redujo costes y fortaleció la apropiación. La gestión logística fue eficaz incluso en un contexto de inseguridad y dispersión territorial, garantizando la cobertura planificada.

En términos de **impacto**, la intervención generó mejoras tangibles en la atención obstétrica y neonatal, en la detección y tratamiento de la malnutrición y en la confianza de las mujeres para acceder a los servicios de salud y participar activamente en espacios comunitarios. Las beneficiarias reportaron mayor autoestima, reconocimiento y capacidad de decisión, especialmente a través de los comités de mujeres, GSAN y FARN.

La **sostenibilidad** se apoya en la implicación activa de los comités comunitarios, las estructuras sanitarias y las autoridades locales, así como en la transferencia de capacidades al personal técnico y sanitario. Sin embargo, algunas actividades dependen aún de recursos externos para mantener su continuidad, por lo que se recomienda fortalecer los mecanismos locales de producción y financiación.

En cuanto a la **apropriación y fortalecimiento institucional**, el proyecto logró implicar de manera efectiva a los titulares de derechos y a las estructuras locales. Las mujeres participaron en la planificación y seguimiento de actividades, incrementando su visibilidad en la toma de decisiones. Los CSCOM, CSRef y autoridades municipales reforzaron sus capacidades técnicas y de coordinación, consolidando relaciones de colaboración que podrán sostenerse más allá del ciclo del proyecto.

En los aspectos transversales, el **enfoque de género** se reflejó en la participación activa de las mujeres en comités comunitarios y en la apertura al diálogo sobre temas tradicionalmente silenciados, como la violencia de género y la MGF. Si bien los cambios estructurales en las relaciones de género son aún incipientes, se observan avances significativos hacia un empoderamiento progresivo. La **sostenibilidad ambiental** no fue un eje principal, aunque se identifican efectos indirectos positivos en el uso de productos locales y en la mejora de prácticas de higiene y saneamiento. En cuanto al **respeto a la diversidad cultural**, la intervención se adaptó al contexto local mediante el uso de lenguas autóctonas y la colaboración con líderes tradicionales, combinando sensibilidad cultural y transformación social. El abordaje de la MGF se trató con pragmatismo y respeto, priorizando la atención médica y la reducción del estigma como primer paso hacia un cambio más profundo.

En conjunto, la evaluación concluye que el proyecto fue pertinente, eficaz y eficiente, con un nivel de impacto positivo y visible sobre la salud y el bienestar de las mujeres y los niños, y con avances notables en el fortalecimiento institucional y la apropiación comunitaria.

Las **recomendaciones** se orientan a reforzar la sostenibilidad comunitaria mediante el fortalecimiento de las capacidades de producción local de alimentos nutritivos que mejoren la dieta infantil y generen ingresos; redimensionar el equipo de implementación para adecuarlo a los desafíos de cobertura territorial; mejorar la calidad de las fuentes de verificación combinando registros sanitarios y datos oficiales; consolidar las alianzas institucionales y municipales para asegurar la continuidad de las acciones; profundizar en el abordaje integral de la MGF, uniendo atención médica, sensibilización y derechos; y ampliar el empoderamiento de las mujeres incorporando la dimensión económica a través de iniciativas productivas sostenibles.

En síntesis, el proyecto constituye una intervención coherente, de alto valor social y replicable, que ha fortalecido las capacidades locales, mejorado los

servicios de salud y sentado bases sólidas para la continuidad de procesos de cambio en salud, género y desarrollo comunitario en el círculo de Diéma.

Introducción

Antecedentes y objeto de la evaluación

El presente informe se corresponde con la evaluación final del proyecto **“Promoviendo servicios de salud que salvan vidas de mujeres y menores de 5 años en el círculo de Diéma, Mali”**, ejecutado por el **Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL)**, con financiación de la **Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID)**. El proyecto se desarrolló en el período comprendido entre **enero de 2023 y marzo de 2025**, y se enmarca en el enfoque de desarrollo en contextos de crisis crónica, con énfasis en salud sexual y reproductiva, prevención de la mutilación genital femenina (MGF) y nutrición infantil.

El proyecto fue aprobado mediante resolución de 24 de octubre de 2022, con un presupuesto total de **315.604 euros**, de los cuales el **95 % aproximadamente fue financiado por la AACID**. Durante su ejecución, se produjeron ajustes relevantes debidamente aprobados por la entidad financiadora. En primer lugar, una **ampliación del plazo de ejecución por 2 meses**, motivada por los retrasos derivados del contexto de inseguridad, las lluvias intensas y la sensibilidad de las actividades relacionadas con la MGF, lo que exigía mayor tiempo para su implementación efectiva y segura. Posteriormente, se aprobó una **modificación presupuestaria** que no alteró los objetivos ni el coste total del proyecto, pero permitió reajustar los recursos entre partidas y fortalecer ciertas líneas estratégicas como los servicios técnicos, la logística y el personal local.

La evaluación tiene como propósito principal **valorar la pertinencia, eficacia, coherencia y sostenibilidad del proyecto**, así como su alineamiento con los estándares de calidad humanitaria y el enfoque de género. Se busca analizar el grado de cumplimiento de los objetivos previstos, la adecuación de las actividades implementadas, el impacto generado en la población beneficiaria, y las lecciones útiles para mejorar futuras intervenciones en contextos similares. Esta evaluación forma parte de los compromisos de rendición de cuentas y mejora continua asumidos por MPDL y la AACID, y pretende también ofrecer **recomendaciones prácticas que orienten la programación estratégica** en materia de salud y derechos de las mujeres en zonas afectadas por crisis prolongadas.

Presentación del equipo

La evaluación ha sido realizada por un equipo multidisciplinar e internacional conformado por tres personas que combinan experiencia técnica en evaluación, especialización temática en género y protección, y un conocimiento profundo del contexto del proyecto en Mali:

- **Fernando de los Ríos Martín** (España). Consultor internacional con más de 20 años de experiencia en la evaluación de programas y políticas de desarrollo y acción humanitaria, con especialización en análisis de datos, indicadores y diseño de sistemas de monitoreo. Posee un máster en Cooperación al Desarrollo y otro en Gestión de Proyectos Multilaterales,

así como experiencia directa en más de 50 evaluaciones de proyectos en África, incluyendo intervenciones financiadas por la AACID y en Mali en particular. Ha vivido en Mozambique más de dos décadas. En esta evaluación ha asumido el liderazgo metodológico, la coordinación del equipo, el diseño de herramientas, el análisis de información y la redacción final del informe.

- **Mamoutou Dembelé** (Mali) Consultor senior maliense. Experto en evaluación, protección, género y violencia basada en género, con una trayectoria de más de 25 años. Es licenciado en Ciencias Jurídicas y posee una amplia formación en monitoreo, gestión de proyectos y evaluación de impacto. Ha realizado múltiples evaluaciones para organismos internacionales, principalmente en zonas de conflicto y en contextos de emergencia humanitaria en la región de Kayes. En esta evaluación, ha liderado el trabajo de campo en el círculo de Diéma, recogiendo información en profundidad con actores institucionales, comunitarios y beneficiarios. Su papel ha sido clave para asegurar una comprensión contextualizada y una interpretación ajustada a las dinámicas.
- **Ermelinda Tipa** (Mozambique). Consultora en género e inclusión social, con formación en Sociología y máster en Estudios Interdisciplinares de Género por la Universidad Autónoma de Madrid. Cuenta con experiencia en análisis de datos, desarrollo de herramientas evaluativas, facilitación de procesos participativos y trabajos de campo sensibles al enfoque de género. En esta evaluación, ha contribuido en el diseño de herramientas, la codificación y análisis de testimonios, y la elaboración del informe, aportando una lectura interseccional de los hallazgos. Su sensibilidad y experiencia han reforzado el enfoque inclusivo y ético del trabajo

El equipo ha sido constituido con el objetivo de garantizar un proceso evaluativo riguroso, independiente y culturalmente sensible, cumpliendo con los estándares establecidos por los Términos de Referencia de la convocatoria. La complementariedad de perfiles y la división de funciones han permitido un análisis desde distintas perspectivas, integrando tanto el conocimiento técnico como la experiencia de terreno y el enfoque de género.

Actores clave involucrados en la evaluación

Además del equipo evaluador, la evaluación contó con la participación directa de un equipo de encuestadores locales compuesto por dos personas formadas específicamente para aplicar los formularios digitales y facilitar los grupos focales. Este equipo fue esencial para garantizar una aproximación sensible y contextualizada en las comunidades participantes, permitiendo recoger testimonios fiables y culturalmente adecuados.

La recolección de información se realizó entre el 30 de mayo y el 3 de junio de 2025 en distintas comunidades rurales del círculo de Diéma, en la región de Kayes. Se llevaron a cabo un total de 8 grupos focales y 42 entrevistas

individuales, alcanzando directamente a 208 personas (164 mujeres y 44 hombres). Entre los grupos participantes destacan:

- **Miembros de los Grupos de Apoyo a la Actividad Nutricional (GSAN):** participaron en 8 grupos focales y en entrevistas individuales con sus miembros en las comunidades de Madiga Coura, Messin, Farabougou, Diangounté Camara, Madiga Sacko, Tinkaré y Debo Massassi y Guémou. Las participantes compartieron sus experiencias en actividades de sensibilización, vigilancia comunitaria y coordinación con centros de salud.
- **Comités de mujeres:** participaron en 3 grupos focales y 2 series de entrevistas individuales, principalmente en las comunidades de Madiga Coura, Messin y Guémou, aportando testimonios sobre las dinámicas comunitarias, los cambios en el acceso a servicios de salud y la percepción de la violencia contra las mujeres.
- **Personal sanitario de los CSCCom y CSRef:** se realizaron entrevistas individuales con responsables técnicos (DTC y médicin-chef adjoint) en los centros de salud de Farabougou, Diangounté Camara, Madiga Sacko, Tinkaré y Debo Massassi. Estas personas compartieron información sobre la coordinación con actores comunitarios, el seguimiento de casos y los efectos observados en los indicadores de salud.
- **Representantes institucionales:** se realizaron entrevistas con responsables del SDSES (Servicio de Desarrollo Social y Economía Solidaria) y del MPDL a nivel local. Se exploró el acompañamiento institucional, la sostenibilidad del modelo de intervención y los retos persistentes en el contexto local.
- **Coordinador del proyecto del MPDL:** participó en entrevistas individuales y en una sesión de trabajo específica centrada en la revisión del marco lógico, aportando su visión sobre la implementación técnica, la relación con las comunidades y las decisiones tomadas durante la ejecución.

El conjunto de información recogida permitió triangular testimonios de actores comunitarios, institucionales y técnicos, y fue complementado con la revisión documental de los informes del proyecto y la observación directa del contexto. Este enfoque contribuyó a generar un análisis riguroso y contextualizado de los resultados y desafíos del proyecto.

Tabla1_Número de participantes por sexo según tipo de reunión, comuna y aldea.

Commune	Communauté	Type de réunion	Participantes féminines	Participants masculins
Diangounté Camara	Debo Massassi	Entretien Individuel	0	1
		Entretien Individuel Enquête rapide	8	2
		Focus Groupe	8	2
	Diangounté Camara	Entretien Individuel	0	1
		Entretien Individuel Enquête rapide	7	3
		Focus Groupe	7	3
	Farabougou	Entretien Individuel	0	1
		Entretien Individuel Enquête rapide	9	0
		Focus Groupe	9	0
Diéma	Diéma	Entretien Individuel	0	3
		Séance travail sur le Cadre logique	0	1
	Guémou	Entretien Individuel Enquête rapide	6	2
		Focus Groupe	12	4
	Messin	Entretien Individuel	16	4
		Entretien Individuel Enquête rapide	8	2
		Focus Groupe	16	4
	Tinkaré	Entretien Individuel	0	1
		Entretien Individuel Enquête rapide	6	2
		Focus Groupe	8	2
	Dioumara	Entretien Individuel	12	2
		Entretien Individuel Enquête rapide	6	1
		Focus Groupe	12	2
Madiga Sacko	Madiga Sacko	Entretien Individuel	0	1
		Entretien Individuel Enquête rapide	7	0
		Focus Groupe	7	0
Total general			164	44

Uso del informe

El presente informe está concebido como una herramienta de utilidad práctica para los distintos actores implicados en la intervención.

Para la **Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID)**, principal financiadora del proyecto, el informe proporciona evidencia clara y contrastada sobre la pertinencia, eficacia, sostenibilidad y calidad de la intervención, facilitando el ejercicio de rendición de cuentas y contribuyendo a la valoración del impacto de sus fondos en un contexto de alta vulnerabilidad estructural y riesgo nutricional.

Para el **Movimiento por la Paz – MPDL**, entidad responsable de la ejecución, el informe ofrece un análisis detallado sobre el cumplimiento de los objetivos, los resultados alcanzados y los desafíos encontrados durante la implementación. Aporta recomendaciones orientadas a mejorar la formulación, gestión y seguimiento de futuras intervenciones similares, así como a reforzar el acompañamiento a las estructuras comunitarias y los vínculos con el sistema público de salud.

Para las **autoridades sanitarias locales** y el **Servicio de Desarrollo Social y Economía Solidaria (SDSES)**, el informe recoge la percepción de los distintos actores sobre los cambios promovidos por el proyecto y plantea

sugerencias concretas para mejorar la articulación institucional y la sostenibilidad de los logros alcanzados, especialmente en lo relativo al seguimiento comunitario de casos y la continuidad de las acciones formativas.

Para los **grupos comunitarios implicados**, en particular los GSAN y comités de mujeres, el informe visibiliza su rol clave en la detección precoz de casos, la sensibilización sobre salud y nutrición, y la respuesta frente a situaciones de violencia, así como las condiciones necesarias para fortalecer su papel y garantizar la continuidad de sus acciones.

El contenido del informe está organizado según los criterios de evaluación definidos en los Términos de Referencia, respondiendo de forma directa a las preguntas planteadas y utilizando los indicadores propuestos en la matriz de evaluación. Las conclusiones y recomendaciones derivan directamente del análisis de la información recopilada, triangulando fuentes primarias y secundarias. El lenguaje empleado es claro y accesible, evitando tecnicismos innecesarios.

El informe ha sido construido con enfoque de derechos, de género y de inclusión, con el objetivo de que sus resultados contribuyan al aprendizaje institucional, la mejora continua de las intervenciones de cooperación y el fortalecimiento de las capacidades locales en contextos de vulnerabilidad crónica.

Estructura y contenido del informe

El informe está estructurado en tres grandes bloques:

- **Parte introductoria:** incluye los antecedentes, la presentación del equipo y los actores implicados, los objetivos y alcance de la evaluación, el contexto, los criterios y preguntas evaluativas, la metodología adoptada, y las limitaciones encontradas.
- **Parte analítica:** presenta los hallazgos organizados por criterios de evaluación, seguidos de las conclusiones generales que sintetizan los resultados obtenidos, señalando fortalezas, debilidades y efectos de la intervención.
- **Recomendaciones y lecciones aprendidas:** ofrece un conjunto de propuestas concretas y diferenciadas por actor, junto con una reflexión final sobre aprendizajes extrapolables a otros proyectos o territorios.

Finalmente, se incorpora un **apartado de Anexos**, donde se recoge documentación de apoyo relevante, incluyendo herramientas utilizadas, listado de fuentes consultadas, y la ficha resumen de la evaluación según el formato CAD.

Objetivos y alcance de la intervención	<p>El proyecto evaluado forma parte de una estrategia de continuidad impulsada por MPDL en el círculo de Diéma, región de Kayes, al oeste de Malí, para hacer frente a los impactos sanitarios de la pobreza estructural, la violencia de género y la desnutrición infantil en contextos de fragilidad institucional. Surge como una fase posterior a varias intervenciones en la zona, en la que se trabajaron ya aspectos de acceso a servicios de salud materno-infantil y se generaron aprendizajes clave sobre las debilidades en la atención de mujeres sobrevivientes de mutilación genital femenina (MGF) y de niñas y niños afectados por malnutrición.</p> <p>Las evaluaciones de estas intervenciones anteriores recomiendan reforzar la atención psicosocial comunitaria, consolidar los mecanismos de seguimiento post-intervención, como visitas de acompañamiento técnico a los FARN y comités, y establecer acuerdos con los servicios públicos para asegurar su continuidad funcional. Además, se recomienda mejorar la medición del cambio social incorporando indicadores cualitativos sobre la percepción del riesgo, las prácticas familiares, el empoderamiento de las mujeres y las actitudes frente a la MGF. También se destaca la necesidad de desarrollar materiales específicos para la sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, adaptados al contexto local, y se insta a difundir el modelo aplicado, compartiendo aprendizajes con otros actores y produciendo herramientas replicables.</p> <p>En este marco, el actual proyecto (expediente 0CC012/2022) tiene como objetivo general contribuir a mejorar la salud y el estado nutricional de las mujeres y menores de cinco años en las poblaciones del círculo de Diéma, con especial atención a la atención obstétrica, la prevención y tratamiento de complicaciones por MGF y el abordaje de la malnutrición infantil.</p> <p>El objetivo específico de la intervención es mejorar la atención sanitaria y los hábitos saludables de mujeres y sus hijos e hijas, con relación a tres ejes prioritarios: la mutilación genital femenina, la atención obstétrica y neonatal, y el control de la desnutrición en menores de cinco años.</p> <p>Para ello, el proyecto se estructura en torno a tres resultados esperados interconectados:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Incrementar el acceso a servicios obstétricos y neonatales de calidad, mediante equipamiento de centros de salud, formación al personal sanitario, fortalecimiento de los sistemas de registro y sensibilización institucional para garantizar el servicio de evacuación en casos de emergencia obstétrica.2. Fortalecer las capacidades locales para prevenir y atender complicaciones derivadas de la MGF, a través de campañas de detección, atención médica, acompañamiento institucional y trabajo con estructuras comunitarias.3. Reforzar los sistemas de prevención, detección y tratamiento de la malnutrición aguda en menores de cinco años, mediante la
--	--

implementación de encuestas CAP, campañas de detección, apoyo a la atención de casos graves y la creación de FARN (Centros de aprendizaje y rehabilitación nutricional) como espacio comunitario de recuperación y cambio de hábitos.

La lógica de intervención combina respuestas inmediatas a necesidades críticas de salud con el fortalecimiento de capacidades a nivel institucional, comunitario y familiar. Desde una perspectiva integral, se plantea que el logro de estos tres resultados no solo contribuirá a reducir indicadores de mortalidad materna e infantil, complicaciones por MGF y desnutrición, sino que sentará las bases para la sostenibilidad de los avances alcanzados a través del empoderamiento comunitario y la mejora del sistema de salud local.

Antecedentes y contexto

La región de Kayes, al oeste de Malí y fronteriza con Senegal y Mauritania, se enfrenta a una combinación de crisis estructurales y emergencias humanitarias que agravan las condiciones de vida de su población. Aunque históricamente ha sido una zona más estable en comparación con el centro y norte del país, la región no ha quedado al margen del deterioro institucional, la inseguridad alimentaria y las limitaciones crónicas en el acceso a servicios básicos como agua, salud y protección social.

En términos de seguridad alimentaria, el Plan de Respuesta Humanitaria para Malí¹ identifica a Kayes como una de las regiones con necesidades humanitarias relacionadas con la inseguridad alimentaria. En 2023, se esperaba que la inseguridad alimentaria aguda aumentase un 30% durante la estación de escasez (junio-agosto) y que 1.671 personas se encontrasen en la fase de Hambruna. Las causas se vinculan con el impacto del cambio climático, la degradación ambiental, el conflicto armado, las fluctuaciones de precios y el acceso limitado a medios de vida sostenibles.

A nivel social, los desafíos en Kayes incluyen la persistencia de prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina² (MGF) que presenta características especialmente preocupantes. Se registra una de las prevalencias más altas de Malí, con un 96% de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a esta práctica, mientras que la oposición social es muy limitada, alcanzando apenas el 16%. Además, Kayes se identifica como una de las regiones donde la MGF se mantiene sin reducción a lo largo de las últimas cinco décadas, lo que muestra una fuerte persistencia cultural. Otro aspecto crítico es la edad temprana a la que se lleva a cabo: más de la mitad de las niñas (53%) la sufren antes de cumplir un año, y un 16% entre los 1 y 4 años, lo que dificulta aún más la prevención, dado que la decisión suele estar tomada o ejecutada en la primera infancia.

¹ <https://reliefweb.int/report/mali/mali-humanitarian-response-plan-2023>

² https://www.unicef.org/mali/media/3536/file/FGM%20Mali_EN_HR.pdf

Desde el punto de vista del desarrollo humano, Malí ocupa el puesto 186 de 191 en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD (2023), con una esperanza de vida de 59,1 años y una escolarización media de apenas 2,7 años para las mujeres. Las disparidades de género son significativas: las mujeres tienen menos acceso a ingresos, educación y representación institucional. En Kayes, este desequilibrio se refleja en la baja participación femenina en estructuras comunitarias de decisión y la precariedad de las iniciativas económicas lideradas por mujeres.

La región también ha sido escenario de flujos migratorios importantes. Aunque Kayes no registra desplazamientos masivos como las regiones del centro y norte del país, sí concentra un alto número de retornados y migrantes económicos, lo que genera presión sobre servicios públicos ya limitados y comunidades receptoras con capacidad de absorción reducida.

Criterios y preguntas de evaluación

El diseño de las preguntas debe responder a las necesidades de la evaluación y el grupo objetivo que se beneficiaron de ella. Deben incluir el enfoque y los criterios mínimos de calidad descritos en los TdR y justificar la inclusión de nuevos criterios. La evaluación se centró en los criterios CAD principales más otros relacionados con una intervención de estas características. Todos ellos fueron evaluados a partir de preguntas que orientaron la recogida de información a partir de diferentes métodos. Esto permitió su análisis y obtención de conclusiones. A partir de las conclusiones se definieron recomendaciones y lecciones aprendidas para la mejora de las intervenciones futuras.

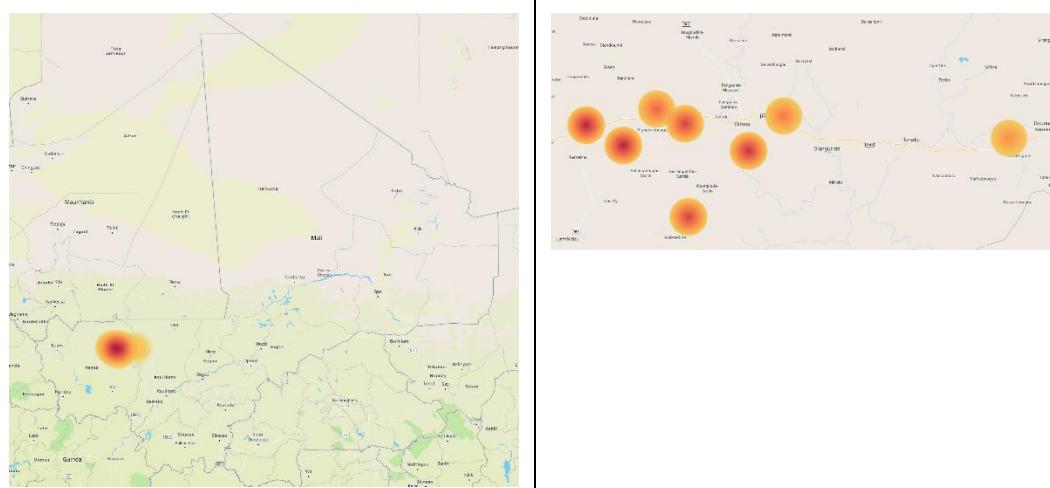
	Criterio	Pregunta de evaluación
	Eficacia	<p>¿Los indicadores y fuentes de verificación del marco lógico han sido adecuados y útiles para medir el logro de resultados?</p> <p>¿Se han alcanzado los resultados esperados y en qué medida han contribuido al logro del objetivo específico? ¿Qué actividades han contribuido y cuáles no al logro de los resultados?</p>
	Eficiencia y Viabilidad	<p>¿Los recursos disponibles (económicos, humanos, materiales y logísticos) han sido utilizados de forma adecuada y proporcional al logro de los resultados?</p> <p>¿La intervención es viable y sostenible en el tiempo, considerando las capacidades locales y el compromiso institucional?</p>
	Impacto	<p>¿Qué cambios ha producido el proyecto en la vida de las personas beneficiarias y en su entorno, tanto previstos como no previstos?</p>

Sostenibilidad	¿Hasta qué punto existen condiciones para que los beneficios del proyecto continúen en el tiempo gracias a la apropiación y el compromiso de los actores implicados?
Apropiación y Fortalecimiento Institucional	¿En qué medida se ha promovido la apropiación del proyecto y se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias con enfoque feminista?
Aspectos Transversales Enfoque de Género en Desarrollo	¿Cómo ha contribuido el proyecto al empoderamiento de las mujeres desde una perspectiva feminista, y qué cambios han experimentado en sus relaciones sociales y personales?
Sostenibilidad Ambiental	¿Se han promovido prácticas ambientalmente sostenibles durante la implementación del proyecto, y han contribuido a la resiliencia de las mujeres frente al cambio climático?
Respeto a la Diversidad Cultural	¿Cómo se ha tenido en cuenta la diversidad cultural en el diseño e implementación del proyecto, y de qué manera se ha trabajado el equilibrio entre respeto y transformación social?

Metodología La evaluación adoptó un enfoque mixto, que integró técnicas cualitativas y cuantitativas. La lógica de esta combinación responde a la necesidad de triangular distintas fuentes de información para obtener una imagen completa y matizada de la intervención. Por un lado, se realizó una **revisión documental** sistemática de los documentos estratégicos, operativos y de ejecución del proyecto, así como de las hojas de seguimiento de actividades e indicadores. También se revisaron **fuentes secundarias** relevantes sobre el contexto político, humanitario y de derechos humanos en la región.

Por otro lado, se desplegaron instrumentos de recolección de información primaria adaptados al contexto de intervención. Se llevaron a cabo **entrevistas individuales a actores clave** como el coordinador de los proyectos de MPDL, el personal técnico local, responsables de centros de salud y autoridades comunitarias. Asimismo, se organizaron **grupos focales de discusión** con diferentes perfiles, entre ellos comités de mujeres, grupos de apoyo a la nutrición (GSAN) y representantes comunitarios, lo que permitió recoger percepciones diversas sobre los resultados alcanzados y las dificultades encontradas. Finalmente, se aplicaron **encuestas y formularios de verificación** junto con el equipo técnico del proyecto, incluyendo la revisión conjunta del marco lógico, para documentar el nivel de ejecución de actividades y resultados previsto

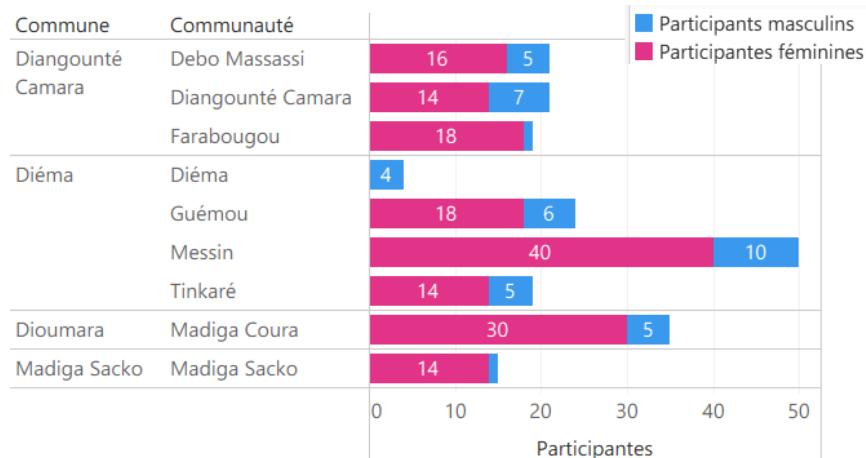
Mapa1_zonas de realización de encuestas (país y zona de detalle)



Se aplicaron de manera transversal cuatro principios fundamentales:

- 1. Perspectiva de derechos y de género**, asegurando que mujeres y niñas fueran consideradas sujetos activos de derechos y no meras receptoras de ayuda. Todas las herramientas de recolección incorporaron medidas específicas para garantizar un entorno seguro, confidencial y respetuoso, incluyendo consentimiento informado, adaptación cultural y condiciones propicias para el testimonio libre, especialmente en casos de violencia o discriminación.
- 2. Participación**, favoreciendo que las personas directamente afectadas, así como autoridades comunales, líderes tradicionales y personal técnico local, pudieran expresar sus valoraciones y aportar a la interpretación de los hallazgos. Las entrevistas y grupos focales fueron diseñados para facilitar la palabra de quienes suelen tener menos espacios para ser escuchados, como mujeres rurales o personas sin alfabetización.
- 3. Adecuación al contexto**, mediante el uso de idiomas locales (bambara, soninké y francés), la selección de encuestadores de la zona y la validación comunitaria de las dinámicas de los encuentros. Se cuidó especialmente la elección de lugares seguros, la duración de las sesiones y la representatividad de los perfiles involucrados.
- 4. Alineamiento con estándares humanitarios internacionales**, en particular los principios del Manual Esfera, la Norma Humanitaria Esencial (CHS), las directrices del IASC sobre violencia de género, y el principio de *Do No Harm*. Estos marcos orientaron tanto la planificación del trabajo de campo como el análisis posterior de la información.

Gráfico1_Número de participantes por sexo, por comuna y aldea.



La evaluación se desarrolló en cuatro fases: (1) diseño metodológico y revisión documental; (2) preparación y validación de herramientas; (3) trabajo de campo en Diéma, realizado bajo el liderazgo del consultor local del equipo Mamoutou Dembelé; y (4) análisis de resultados, redacción del informe y formulación de recomendaciones. La coordinación fue asumida por el equipo evaluador internacional en diálogo con MPDL y su equipo en terreno.

Este enfoque permitió no solo valorar la ejecución técnica del proyecto, sino también recoger con profundidad las percepciones de las comunidades y entender los cambios promovidos en su bienestar, protección y empoderamiento.

Fuentes de información

La evaluación se apoyó en un conjunto amplio y diverso de fuentes documentales, que permitieron una comprensión integral del diseño, la ejecución y los resultados del proyecto.

En cuanto a la **información primaria del proyecto**, se revisaron los siguientes documentos clave:

- El formulario de formulación inicial presentado a la AACID, incluyendo el marco lógico original, la descripción de actividades y el presupuesto previsto.
- Las modificaciones aprobadas durante la ejecución: solicitud y aprobación de modificación presupuestaria y ampliación de plazo, junto con el nuevo desglose de gastos, calendario reformulado y justificación técnica.
- Los informes intermedios (técnico y financiero), que aportan información sobre el estado de avance a mitad de la intervención.
- El informe técnico final elaborado por el equipo implementador, donde se recogen los resultados alcanzados según la entidad ejecutora.

- La matriz de planificación con indicadores, que ha servido como eje principal para el análisis del criterio de eficacia.
- Las fuentes de verificación de los indicadores del objetivo específico y resultados.

Esta documentación permitió examinar la coherencia interna del proyecto, el grado de cumplimiento frente a lo previsto, las actividades realmente ejecutadas y las justificaciones aportadas para los ajustes introducidos.

En paralelo, se incorporaron **fuentes de información secundaria** producidas por organismos internacionales con trabajo activo en Mali. Entre las más relevantes se encuentran:

- Los informes anuales del Programa Mundial de Alimentos (WFP) 2022, 2023 y 2024, que contextualizan la evolución de la inseguridad alimentaria y las respuestas humanitarias en el país y, en menor medida, en la región de Kayes.
- Los informes de UNICEF, incluyendo su *Annual Report Mali 2023*, el informe sobre mutilación genital femenina en Mali y el documento estratégico sobre el Sahel Central (2024).
- El *Humanitarian Situation Report Mali 2021* y otros documentos del Humanitarian Country Team.
- La *Commission Implementing Decision* de la UE para acciones humanitarias en Mali, que recoge la lógica de intervención europea en el país.
- Documentos de ACLED sobre eventos violentos, así como reportes del sistema DTM de la OIM (no disponibles directamente, pero utilizados como referencia complementaria).

Estas fuentes permitieron situar el proyecto en su entorno de crisis crónica, caracterizado por inseguridad alimentaria, riesgos de protección, desigualdad de género, limitaciones institucionales y exposición a eventos climáticos extremos.

Por último, se trabajó con **documentación generada en el marco de la evaluación:**

- El archivo consolidado de recolección de información, que incluye encuestas individuales, entrevistas semiestructuradas y encuentros de grupos focales aplicados a los distintos grupos de interés.
- El informe de análisis del consultor local (Mamoutou Dembelé), con conclusiones organizadas por criterios OCDE-CAD y recomendaciones específicas.
- La lista de personas participantes en las actividades de recolección y las fichas de planificación del trabajo de campo, que permitieron valorar la cobertura, diversidad y pertinencia de los testimonios recogidos.

La combinación de estas fuentes ha permitido realizar una triangulación entre lo planificado, lo ejecutado y lo percibido por los distintos actores. El análisis se apoyó siempre en evidencia documentada y verificable.

Condicionantes y límites de la evaluación

La evaluación estuvo condicionada por el contexto de inseguridad que atraviesa la región de Kayes y, en particular, el círculo de Diéma. Esta situación limitó los desplazamientos y la presencia directa del equipo internacional en terreno, lo que redujo su posibilidad de participar de manera más cercana en la recolección primaria de información. Para mitigar esta limitación, se trabajó estrechamente con el equipo local, que asumió la conducción de encuestas, entrevistas y grupos focales, aportando conocimiento del contexto y dominio de las lenguas locales. Aun así, la inseguridad representó un condicionante importante tanto en la planificación logística como en el alcance de la información recopilada.

Análisis e interpretación de la información

EFICACIA

¿Los indicadores y fuentes de verificación del marco lógico han sido adecuados y útiles para medir el logro de resultados?

Para valorar si los indicadores y fuentes de verificación del marco lógico han sido adecuados y útiles para medir el logro de resultados, se han tomado como referencia los criterios RACER: **Relevante** (centrado en lo que realmente se quiere cambiar), **Aceptable** (entendido y asumido por quienes lo usan), **Creíble** (basado en información fiable), **Fácil de medir** (con medios y recursos disponibles) y **Robusto** (capaz de reflejar cambios reales). Respecto a las fuentes de verificación, se ha considerado su **disponibilidad y grado de independencia**.

El análisis por cada nivel de muestra una situación diferenciada (ver Tabla2 para detalles). Para el **objetivo específico**, los indicadores sobre reducción de la mortalidad materna e infantil o disminución de la malnutrición aguda son claros y relevantes, pero su verificación depende solo de las encuestas CAP realizadas en el marco del proyecto. Esto limita su credibilidad, ya que un dato de mortalidad o de malnutrición debería contrastarse con estadísticas oficiales o con los registros de los centros de salud.

Para el **resultado 1**, los indicadores relacionados con la asistencia a partos, consultas prenatales y postnatales están mejor definidos y cumplen mejor los criterios RACER. Son fáciles de medir porque forman parte del sistema rutinario de información sanitaria, y las fuentes de verificación, registros propios validados por los CSCOM y CSRef, se pueden considerar fuentes externas al proyecto y, por tanto, más creíbles. La limitación en este caso es

que solo se dispone de cifras absolutas de 2024 de casos esperados, sin porcentajes comparables con años anteriores, lo que dificulta comprobar el avance respecto a la situación inicial.

Para el **resultado 2**, los indicadores sobre complicaciones de MGF y protocolos de detección son pertinentes y específicos, pero con matices. El aumento esperado de 50 puntos en casos atendidos es un objetivo parece demasiado ambicioso por ser un tema aún tabú en las comunidades. En este caso, los registros de los CSCOM y CSRef aportan una base fiable, mientras que las fichas de campaña o encuestas internas requieren validación externa. El indicador que mide la percepción de las mujeres sobre la mejora de su calidad de vida es relevante, pero su credibilidad depende de que la encuesta sea revisada o visada por un agente independiente.

Por fin, para el **resultado 3**, los indicadores sobre casos curados de malnutrición, elaboración de informes mensuales por los CSCOM y derivaciones a URENAM/URENAS/URENI son adecuados y cumplen en buena medida con los criterios RACER. La exigencia de que el 100 % de los CSCOM emitan informes mensuales es alcanzable y fácil de verificar, aunque su valor aumenta si esos informes son validados por el distrito sanitario. El indicador de las 600 demostraciones culinarias es claro y sencillo de medir, pero refleja más el número de actividades realizadas que los cambios sostenibles en la nutrición infantil.

Tabla2_ Valoración de los indicadores³ y FFVV del proyecto

OE. Mejorar la atención sanitaria y los hábitos saludables de las mujeres y sus hijos en lo que respecta a la mutilación genital femenina, la atención obstétrica y neonatal y el control de la malnutrición en niños de 0 a 5 años

indicador	FFVV	Valoración
I1.OE: Al final del proyecto, la tasa de mortalidad materna se ha reducido en al menos un 10 %.	Encuesta CAP	Los indicadores definidos presentan una orientación clara hacia los principales resultados esperados del proyecto (reducción de la mortalidad materna e infantil, disminución de la malnutrición y atención a complicaciones de MGF). En general, cumplen con el criterio de relevancia , al estar directamente vinculados a los problemas que el proyecto busca abordar. También son aceptables , en la medida en que reflejan resultados significativos para las comunidades y las autoridades sanitarias.
I2.OE: Al final del proyecto, la tasa de mortalidad infantil se redujo al menos en un 10 %.	Encuesta CAP	
I3.OE: Al final del proyecto, el porcentaje de malnutrición aguda en niños menores de cinco años se redujo en al menos 10 puntos porcentuales	Encuesta CAP	

³ Se aplican los criterios RACER para la valoración de los indicadores: **R**elevant (*should measure the right thing vis-à-vis, the targeted objective*), **A**ccepted (*e.g. by staff, stakeholders*), **C**redible for non-experts (*unambiguous and easy to interpret*), **E**asy to monitor (*e.g. data collection should be possible at low cost*), **R**obust against manipulation (*e.g. if the target is to reduce administrative burden on businesses, the indicator should also measure the overall reduction of burden as it might have shifted from businesses to public officials*)

I4.OE: Al final del proyecto, al menos el 90 % de los casos de complicaciones graves de la MGF se trataron en los CSCOM, Ref CS u otros centros especializados.	Encuesta CAP	Sin embargo, presentan debilidades en cuanto a la credibilidad y robustez , ya que su verificación se basa únicamente en encuestas CAP aplicadas en el marco del propio proyecto. Este tipo de fuente, aunque útil para captar percepciones y cambios, no constituye un dato objetivo o externo que pueda reflejar con precisión indicadores tan complejos como la mortalidad materna o infantil. Se debería procurar incorporar fuentes de verificación de sistemas oficiales (como registros de salud pública, estadísticas de los CSRef o datos visados por las autoridades sanitarias)
R1: Se ha mejorado el acceso a servicios obstétricos y neonatales de calidad de la siguiente manera: la proporción de mujeres y sus hijos indicador I1.R1: Al final del proyecto, la tasa de partos asistidos ha aumentado al menos en 15 puntos porcentuales. I2.R1: Al final del proyecto, la tasa de consultas prenatales en la primera visita (PCN1) aumentó al menos en 12 puntos porcentuales. I3.R1: Al final del proyecto, la tasa de consultas prenatales en la cuarta visita (CPN4) aumentó al menos en 15 puntos porcentuales. I4.R1: Al final del proyecto, la tasa de consultas posnatales (CPON) aumentó al menos en 15 puntos porcentuales.	FFVV Registros de los CSCOM y CS Ref - Informes de seguimiento de las autoridades sanitarias Registros de los CSCOM y CS Ref - Informes de seguimiento de las autoridades sanitarias Registros de los CSCOM y CS Ref - Informes de seguimiento de las autoridades sanitarias Registros de los CSCOM y CS Ref - Informes de seguimiento de las autoridades sanitarias	Valoración Cumplen en general con los criterios RACER, ya que son relevantes al medir directamente mejoras en salud materna e infantil, aceptables y alineados con los estándares del sistema sanitario, y creíbles porque se sustentan en registros de los CSCOM firmados y sellados por los responsables sanitarios. Además, resultan fáciles de medir al formar parte del sistema rutinario de información sanitaria y muestran un grado razonable de robustez, aunque su consistencia depende de la cobertura y calidad de los datos en cada centro. En cuanto a las fuentes de verificación, las fichas sanitarias utilizadas son adecuadas porque constituyen documentos avalados por la autoridad local. Sin embargo, se observa una limitación en la falta de los % de alcance para 2024, incorporando datos absolutos de casos esperados sobre los que no se puede valorar la diferencia con respecto a 2022 y 2023.
R2: Fortalecimiento de las capacidades locales para prevenir y tratar las consecuencias sanitarias de la mutilación genital femenina y la ablación (MGF/E). indicador I1.R2: Al final del proyecto, aumento de al menos 50 puntos porcentuales en el número de casos diagnosticados con complicaciones relacionadas con la MGF que han recibido atención médica y psicológica. I2.R2: Al final del proyecto, al menos 100 mujeres que habían sufrido MGF	FFVV Registros de los CSCOM y CS Ref - Informes de seguimiento de las autoridades sanitarias - Formulario de consentimiento y confidencialidad Fichas de registro de campaña de detección	Valoración El aumento de casos diagnosticados y atendidos es relevante y claro , pero la meta de 50 puntos parece demasiado ambiciosa considerando que depende de la detección y del registro activo de casos de un tema aún tabú en las comunidades. La fuente de verificación (registros oficiales y formularios de consentimiento) es adecuada, ya que proviene de estructuras de salud y autoridades locales. El número de mujeres con MGF en actividades de detección es específico y alcanzable , más

<p>participaron en actividades de detección de complicaciones relacionadas con las MGF.</p> <p>I3.R2: Al final del proyecto, los CSCOM y los CS Ref habrán establecido protocolos de detección, atención y derivación para las complicaciones relacionadas con la MGF.</p> <p>I4.R2: Al final del proyecto, al menos el 80 % de las mujeres tratadas por complicaciones relacionadas con la MGF declaran que su calidad de vida ha mejorado gracias a la atención recibida.</p>	<p>Protocolos acordados en los CSCOM y CS Ref</p> <p>Encuestas CAP</p>	<p>fácil de monitorear porque se centra en participación. La fuente de verificación (fichas de registro de campañas) es pertinente, pero son documentos del propio proyecto, por lo que habría que reforzar la fiabilidad con validación por autoridades sanitarias. En cuanto a los protocolos establecidos en CSCOM y CSRef, es un indicador claro y verificable. Sin embargo, la existencia de protocolos no garantice su aplicación. La fuente (protocolos acordados) es válida, siempre que estén refrendados o firmados por las direcciones de los centros de salud. Por último, el % de mujeres tratadas que declaran mejora en su calidad de vida es un indicador relevante porque incorpora la percepción de las beneficiarias. Esta encuesta, no obstante, debería estar visada por agentes externos para asegurar su independencia.</p>
---	--	--

R3: Fortalecimiento de los sistemas de prevención, detección y tratamiento de la malnutrición en niños menores de 5 años.

indicador

I1.R3: Al final del proyecto, el número de casos curados de malnutrición aguda moderada (MAS) habrá aumentado en al menos 15 puntos porcentuales.

I2.R3: Al final del proyecto, el 100 % de los CSCOM seleccionados elaboran informes mensuales sobre los casos de malnutrición detectados, tratados y derivados.

I3.R3: Al final del proyecto, el número de casos de MAS derivados a la URENAM (moderados), la URENAS (graves) y la URENI (intensivos) aumentó en al menos 20 puntos porcentuales.

I4.R3: En el marco de las acciones desarrolladas en el marco del FARN, se habrán realizado 600 demostraciones de cocina en el mes 18 del proyecto.

FFVV

Registros de los CSCOM y CS Ref - Informes de seguimiento de las autoridades sanitarias - Formulario de consentimiento y confidencialidad
Informes de los CSCOM

Registros de los CSCOM y CS Ref (URENAM, URENAS y URENI) - Informes de seguimiento de las autoridades sanitarias - Formularios de transferencia
Informes de los FARN. - Fotos

Valoración

En general, muestran un buen nivel de **concreción y pertinencia** respecto al objetivo de fortalecer los sistemas de prevención, detección y tratamiento de la malnutrición infantil. El incremento esperado en los casos curados de malnutrición aguda moderada resulta un indicador relevante y claro, aunque sensible a factores externos como la disponibilidad de alimentos y el entorno familiar. La exigencia de que el 100 % de los CSCOM elaboren informes mensuales se presenta como **alcanzable**, con una fuente de verificación fácilmente disponible, si bien su credibilidad mejora cuando estos informes son validados por el distrito sanitario. Por su parte, el aumento en las derivaciones hacia estructuras de mayor complejidad (URENAM, URENAS y URENI) es un indicador **claro y pertinente**, pero dependiente de la calidad del registro y de la coordinación entre niveles de atención. Finalmente, el compromiso de realizar 600 demostraciones culinarias en el marco de los FARN constituye un indicador preciso y sencillo de verificar, aunque mide más el volumen de actividades que los cambios sostenibles en la salud nutricional. En cuanto a las fuentes de verificación, los registros sanitarios y formularios oficiales ofrecen garantías suficientes, mientras que aquellas de carácter interno, como los informes de los FARN, requieren respaldo externo, por

ejemplo validación de las autoridades locales, para reforzar su fiabilidad.

¿Los indicadores y fuentes de verificación del marco lógico han sido adecuados y útiles para medir el logro de resultados?

Los indicadores del proyecto han sido útiles y pertinentes, aunque su grado de credibilidad varía según la fuente de verificación. Son más sólidos cuando se apoyan en registros sanitarios validados por las autoridades locales, como ocurre con las consultas prenatales o los casos de malnutrición tratados. En cambio, son más débiles cuando dependen solo de encuestas internas, como los vinculados a mortalidad materna e infantil o percepciones de calidad de vida.

¿Se han alcanzado los resultados esperados y en qué medida han contribuido al logro del objetivo específico? ¿Qué actividades han contribuido y cuáles no al logro de los resultados?

Alcance del objetivo específico y los resultados esperados. El análisis del alcance del objetivo específico y de los resultados muestra avances significativos en varios ámbitos, aunque con ciertas debilidades en la disponibilidad de las fuentes de verificación. En términos generales, los indicadores permiten constatar una mejora en el acceso y la calidad de los servicios obstétricos, neonatales y nutricionales, así como progresos relevantes en la atención de las complicaciones derivadas de la mutilación genital femenina (MGF). Sin embargo, los resultados relativos a la mortalidad materna e infantil no pudieron verificarse por falta de datos actualizados y externos, lo que limita la valoración global del objetivo específico.

En el **Resultado 1**, los datos de los centros de salud (CSCOM y CSRef) confirman aumentos en todos los indicadores de atención obstétrica: los partos asistidos crecieron un 7%, las consultas prenatales de primera visita un 10% y las postnatales un 16%, lo que evidencia una mejora sostenida en la utilización de los servicios. Solo las consultas prenatales de cuarta visita (CPN4) muestran un avance marginal (+2%), lo que sugiere que la continuidad del seguimiento sigue siendo un reto.

En el **Resultado 2**, relativo a la MGF, se observan logros destacados pese a la sensibilidad del tema. Según la información disponible, todas las mujeres con complicaciones recibieron atención médica y psicológica, superando la meta prevista. Se alcanzó además una participación superior a la esperada en actividades de detección (164 mujeres frente a 100 previstas) y se establecieron protocolos en 10 CSCOM y 1 CSRef, aunque sin documentación verificable. La mejora en la calidad de vida reportada por las mujeres tratadas se basa en estimaciones orales, por lo que requiere cautela.

El **Resultado 3**, centrado en nutrición infantil, muestra progresos parciales. Aunque la tasa de curación de la malnutrición aguda moderada no pudo verificarse, se estima un incremento en las derivaciones hacia estructuras especializadas (de 60% a 90%), lo que refleja un mejor funcionamiento de los mecanismos de referencia. Los diez CSCOM elaboraron informes orales

sobre los casos detectados, aunque sin respaldo documental, y se realizaron 526 de las 600 demostraciones culinarias previstas hasta octubre de 2024 (posiblemente superando la meta al final de la intervención), lo que indica un alto nivel de ejecución y de apropiación comunitaria.

En conjunto, puede afirmarse que el proyecto alcanzó de forma satisfactoria los resultados operativos vinculados al fortalecimiento de los servicios sanitarios y comunitarios, especialmente en salud materna, atención a la MGF y nutrición infantil. No obstante, la ausencia de fuentes externas y la dependencia de información verbal o estimada limitan la solidez de la evidencia. La eficacia del proyecto es, por tanto, **positiva pero moderada**, con avances visibles en los servicios de base y en el bienestar de las mujeres y los niños, aunque con margen de mejora en la sistematización de datos y el seguimiento de los indicadores de impacto.

Tabla3_ Valoración del alcance del OE y Resultados

OE. Mejorar la atención sanitaria y los hábitos saludables de las mujeres y sus hijos en lo que respecta a la mutilación genital femenina, la atención obstétrica y neonatal y el control de la malnutrición en niños de 0 a 5 años

indicador	LB	L.F	Valoración
I1.OE: Al final del proyecto, la tasa de mortalidad materna se ha reducido en al menos un 10 %.	325/100.000 nacidos vivos	-	Datos no disponibles
I2.OE: Al final del proyecto, la tasa de mortalidad infantil se redujo al menos en un 10 %.	101/1.000	-	Datos no disponibles
I3.OE: Al final del proyecto, el porcentaje de malnutrición aguda en niños menores de cinco años se redujo en al menos 10 puntos porcentuales	53%	14.9%	El informe CAP muestra una tasa de malnutrición de 0%, lo cual no parece ser plausible. La información incluida como línea final es referida a la región de Kayes y obtenida del informe SMART de 2024
I4.OE: Al final del proyecto, al menos el 90 % de los casos de complicaciones graves de la MGF se trataron en los CSCOM, Ref CS u otros centros especializados.	-	100%	Todos los casos fueron tratados
R1: Se ha mejorado el acceso a servicios obstétricos y neonatales de calidad de la siguiente manera: la proporción de mujeres y sus hijos			
Indicador	LB	L.F	Valoración
I1.R1: Al final del proyecto, la tasa de partos asistidos ha aumentado al menos en 15 puntos porcentuales.	56%	+7%	Según los datos de las fichas de recogida de datos sanitarios

I2.R1: Al final del proyecto, la tasa de consultas prenatales en la primera visita (CPN1) aumentó al menos en 12 puntos porcentuales.	79%	+10%	Según los datos de las fichas de recogida de datos sanitarios
I3.R1: Al final del proyecto, la tasa de consultas prenatales en la cuarta visita (CPN4) aumentó al menos en 15 puntos porcentuales.	27%	+2%	Según los datos de las fichas de recogida de datos sanitarios
I4.R1: Al final del proyecto, la tasa de consultas posnatales (CPON) aumentó al menos en 15 puntos porcentuales.	30%	+16%	Según los datos de las fichas de recogida de datos sanitarios
R2: Fortalecimiento de las capacidades locales para prevenir y tratar las consecuencias sanitarias de la mutilación genital femenina y la ablación (MGF/E).			
Indicador	LB	L.F	Valoración
I1.R2: Al final del proyecto, aumento de al menos 50 puntos porcentuales en el número de casos diagnosticados con complicaciones relacionadas con la MGF que han recibido atención médica y psicológica .	40%	+60%	Se estima en 100% al atender a todas las mujeres
I2.R2: Al final del proyecto, al menos 100 mujeres que habían sufrido MGF participaron en actividades de detección de complicaciones relacionadas con las MGF.	100	164	Estimación dada las normas de confidencialidad
I3.R2: Al final del proyecto, los CSCOM y los CS Ref habrán establecido protocolos de detección, atención y derivación para las complicaciones relacionadas con la MGF.	-	En 10 CSCOM y 1 CS Ref	Sin fuente de verificación
I4.R2: Al final del proyecto, al menos el 80 % de las mujeres tratadas por complicaciones relacionadas con la MGF declaran que su calidad de vida ha mejorado gracias a la atención recibida.	-	100%	Estimación dada las normas de confidencialidad
R3: Fortalecimiento de los sistemas de prevención, detección y tratamiento de la malnutrición en niños menores de 5 años.			
Indicador	LB	L.F	Valoración
I1.R3: Al final del proyecto, el número de casos curados de malnutrición aguda moderada (MAS) habrá aumentado en al menos 15 puntos porcentuales.	60%	-	No verificable

I2.R3: Al final del proyecto, el 100 % de los CSCOM seleccionados elaboran informes mensuales sobre los casos de malnutrición detectados, tratados y derivados.	-	10 CSCOM	Seguimiento realizado de forma oral sin fuentes documentales de verificación
I3.R3: Al final del proyecto, el número de casos de MAS derivados a la URENAM (moderados), la URENAS (graves) y la URENI (intensivos) aumentó en al menos 20 puntos porcentuales.	60%	90%	Estimación al no haber fuente documental de las derivaciones
I4.R3: En el marco de las acciones desarrolladas en el marco del FARN, se habrán realizado 600 demostraciones de cocina en el mes 18 del proyecto.	-	526	526 en octubre 2024

Contribución de las actividades al alcance de los resultados. Se valoraron las actividades considerando dos fuentes de información principales: 1) la documentación disponible en los informes del proyecto, que permitió identificar el grado de ejecución y los productos entregados, y 2) la evidencia recogida en entrevistas en terreno con actores clave (personal de salud, autoridades locales, GSAN, mujeres beneficiarias), que permitió contrastar la implementación con el impacto percibido.

Cada actividad se valoró según su **contribución al logro de los resultados**, en tres niveles: alta, media o baja, considerando de forma agregada el grado de ejecución, la pertinencia de lo realizado respecto al objetivo, y los cambios observados o reportados en la práctica.

Las actividades con **mayor contribución** fueron aquellas directamente vinculadas a cambios observados en la vida de las mujeres y niños:

- En el **Resultado 1 (acceso a servicios obstétricos y neonatales)** destacan las formaciones en SONUB (A3.R1) y la dotación de equipos médicos a los CSCOM (A4.R1), ambas con **contribución alta**, confirmadas en entrevistas por los DTC que resaltaron poder atender partos con más medios y competencias. También las campañas de sensibilización y la planificación conjunta (A5.R1 y A6.R1) reforzaron el uso de servicios de salud.
- En el **Resultado 2 (capacidades locales frente a la MGF)**, la creación e integración de comités comunitarios sobre la mujer (A1.R2) y las acciones de sensibilización y comunicación (A6.R2) han tenido un **impacto alto**, ya que según los testimonios permitieron que las comunidades hablen más abiertamente de la MGF y reduzcan la tolerancia a matrimonios precoces.

- La formación del personal de salud (A3.R2) también fue clave para asegurar capacidad técnica en la atención.
- En el **Resultado 3 (prevención y tratamiento de la malnutrición)**, la puesta en marcha de los FARN y las demostraciones culinarias (A4.R3) mostraron una **contribución alta**, muy reconocida en los grupos de mujeres como un aprendizaje útil para replicar en casa. También las campañas de despistaje nutricional (A2.R3) fueron valoradas positivamente porque facilitaron la detección temprana de casos.

Algunas actividades, aunque ejecutadas, tuvieron un efecto más limitado en los resultados:

- En el **Resultado 2**, las campañas de detección de complicaciones por MGF (A2.R2) y el acompañamiento de casos (A4.R2) se calificaron como de **contribución media**, ya que el número de mujeres atendidas fue bajo debido al carácter sensible y estigmatizado del tema. La actividad de apoyo a la evacuación de casos graves (A5.R2) no llegó a realizarse, por lo que su contribución es **baja**.
- En el **Resultado 3**, si bien la estrategia de dotar medicamentos para la malnutrición (A3.R3) se implementó, su impacto depende de factores externos (acceso a alimentos, seguridad alimentaria del hogar), por lo que la contribución fue **media**.

La valoración detallada de cada actividad, con su clasificación en alta, media o baja contribución y las justificaciones específicas, se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 4_Valoración de la contribución de las actividades al alcance de los resultados

R1. Se ha mejorado el acceso a servicios obstétricos y neonatales de calidad de la siguiente manera: la proporción de mujeres y sus hijos

actividades

A1.R1: Actualización participativa de la base de referencia y diagnóstico de las necesidades de equipamiento y suministros médicos en los CSCOM y CS Ref

valoración

Contribución: Alta.

La actividad permitió ajustar de manera realista y basada en evidencia las dotaciones necesarias en los CSCOM y CS Ref, asegurando que los equipos entregados respondieran a carencias reales. Esta adecuación directa entre necesidad y dotación ha sido clave para mejorar la calidad de la atención obstétrica y neonatal. Es razonable pensar que este proceso fortaleció tanto el acceso como la capacidad resolutiva de los centros, con impacto sobre las tasas de partos asistidos y de consultas prenatales y posnatales.

Contribución: Media.

Aunque la existencia de registros es importante para la trazabilidad de los casos y la gestión clínica, la actividad parece haber sido limitada a la dotación de herramientas básicas de registro. No se menciona un uso sistemático ni análisis de los datos recogidos, lo cual reduce el potencial impacto de esta actividad sobre la mejora efectiva de los servicios. No obstante, la formalización del seguimiento puede haber contribuido indirectamente al aumento de consultas.

Contribución: Muy alta.

Esta es la actividad que más puede haber contribuido al logro

A2.R1: Elaboración y acompañamiento para la puesta en marcha de un sistema de registro y seguimiento de los casos tratados y derivados en los CSCOM y CS Ref, que se actualizará mensualmente.

A3.R1: Organizar un curso para 13 técnicos y auxiliares de los

<p>CSCOM/CS Ref con el fin de reforzar y actualizar las capacidades en materia de atención obstétrica y neonatal de urgencia básica (SONUB) y acompañamiento en su aplicación por parte del médico jefe del CS Ref.</p>	<p>del resultado. La formación técnica específica y práctica en SONUB ha reforzado la capacidad del personal para gestionar situaciones obstétricas de urgencia, lo cual incide directamente en la reducción de riesgos durante el parto y el posparto. La mejora en la tasa de partos asistidos y consultas posnatales puede relacionarse de forma directa con esta intervención.</p>
<p>A4.R1: Suministro de material y equipos médicos a los CSCOM y CS Ref para la atención obstétrica y neonatal, incluida la atención de urgencia.</p>	<p>Contribución: Alta. La entrega de equipos como balones de reanimación, oxímetros, básculas para bebés o material AMIU es coherente con las necesidades críticas para atención obstétrica y neonatal. Al ser una acción complementaria a la formación, refuerza la capacidad práctica de los centros para brindar una atención de calidad. Su efecto sobre la percepción de confianza también pudo influir en la decisión de las mujeres de acudir a consulta o dar a luz en el centro.</p>
<p>A5.R1: Creación/formación de un comité de gestión para coordinar y sensibilizar a las entidades públicas encargadas de financiar la evacuación obstétrica de urgencia: Consejo de Distrito, autoridades locales y ASACO (Asociación de Salud Comunitaria).</p>	<p>Contribución: Alta. El establecimiento de un mecanismo local para facilitar evacuaciones obstétricas de emergencia (incluyendo sensibilización y gestión de fondos) incide directamente en el acceso efectivo a servicios cuando se presentan complicaciones. Esta medida puede explicar en parte el aumento de partos institucionales y consultas postnatales, al disminuir barreras económicas y logísticas. Además, el enfoque multisectorial involucrando autoridades locales favorece su sostenibilidad.</p>
<p>A1.R2: Creación y formación de comités comunitarios para abordar las cuestiones de salud de las mujeres, incluida la prevención y la sensibilización sobre la MGF, y detección/desviación de casos con secuelas</p>	<p>Contribución: Alta. La implantación de comités con fuerte presencia femenina y formación específica en prácticas nocivas y nutrición permitió una vigilancia comunitaria activa. Esta actividad sentó la base para la detección temprana y la referencia de casos, además de generar confianza para la participación voluntaria. Su impacto es visible en los resultados de participación comunitaria (más de 160 mujeres involucradas), el aumento de casos identificados y el enfoque de prevención desde el entorno más cercano.</p>
<p>A2.R2: Puesta en marcha de dos campañas de detección y derivación de casos de mujeres que sufren secuelas relacionadas con la mutilación genital femenina.</p>	<p>Contribución: Alta. Aunque estaba previsto realizar dos campañas y finalmente solo se ejecutó una, esta permitió la identificación y derivación de 46 casos, cumpliendo el objetivo operativo y dando lugar a una atención efectiva. Esta actividad fue central para activar el circuito de diagnóstico y atención, y su éxito se explica por la articulación entre personal sanitario capacitado y comités comunitarios. El número de mujeres atendidas supera lo esperado, lo que refleja un enfoque eficaz y bien acogido.</p>
<p>A3.R2: Organizar un curso de refuerzo de capacidades para el personal sanitario de los CSCOM y CS Ref con el fin de tratar adecuadamente las complicaciones médicas relacionadas con la MGF.</p>	<p>Contribución: Muy alta. La formación técnica a personal de CSCOM y CS Ref permitió institucionalizar la capacidad de respuesta en el sistema formal de salud. La capacitación impartida por especialistas reforzó conocimientos en una temática poco abordada y delicada. Esta acción fue clave para asegurar la implementación de los protocolos de atención, cuyo despliegue completo en 11 estructuras (10 CSCOM y 1 CS Ref) demuestra su éxito operativo y su efecto directo sobre el indicador R2.I3.</p>
<p>A4.R2: Acompañamiento para la atención de casos de complicaciones relacionadas con la MGF en los CSCOM y los CS Ref.</p>	<p>Contribución: Muy alta. Esta actividad dio respuesta clínica a los casos detectados, asegurando atención efectiva conforme a los protocolos del sistema de salud de Malí. Las 46 mujeres atendidas representan el 100 % de los casos identificados y, según los datos, todas manifestaron mejoría en su calidad de vida. Este</p>

<p>A5.R2: Apoyo al tratamiento y la evacuación de los casos de complicaciones relacionadas con la MG</p>	<p>es, probablemente, uno de los componentes de mayor impacto directo sobre los resultados esperados del R2, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.</p>
<p>A6.R2: Diseño y ejecución de acciones de comunicación, sensibilización y concienciación sobre las cuestiones abordadas por el proyecto, en particular sobre la MGF como forma de violencia de género.</p>	<p>Contribución: Nula. Esta actividad no llegó a implementarse, ya que no se registraron derivaciones desde los CSCOM al CS Ref para casos de MGF. No queda claro si esta ausencia se debe a la resolución efectiva en niveles primarios o a fallas en la operatividad del sistema de evacuación. En cualquier caso, no ha tenido incidencia directa sobre el logro del resultado.</p> <p>Contribución: Alta. La diversidad de estrategias empleadas (radio, teatro comunitario, materiales visuales y debates) permitió abordar una temática muy sensible con herramientas adaptadas al contexto. Esta actividad contribuyó no solo a la prevención sino también a la legitimación social de los procesos de identificación y atención. La movilización de espacios seguros y culturalmente adecuados explica en buena medida la alta participación registrada y la voluntad de las mujeres de manifestarse voluntariamente.</p>
<p>A1.R3: Realizar encuestas KAP entre la población destinataria sobre las cuestiones abordadas por el proyecto, con especial atención a la nutrición infantil, a fin de poder adaptar la intervención con la mayor precisión posible y evaluar su impacto.</p>	<p>Contribución: Alta. Las encuestas al inicio y final del proyecto permitieron adaptar las acciones de nutrición al contexto local y evaluar el impacto. Esta información fue clave para orientar las campañas, la formación de actores comunitarios y la adecuación cultural de los FARN. Aunque no impactan directamente en los indicadores de curación o derivación, sí lo hacen en la calidad del diseño e implementación del conjunto de acciones.</p>
<p>A2.R3: Puesta en marcha de seis campañas de detección de la malnutrición infantil en niños de 0 a 5 años con el fin de derivarlos a los centros especializados correspondientes. Se prevé que beneficie a 1800 niños menores de 5 años.</p>	<p>Contribución: Muy alta. Esta actividad fue decisiva: se examinaron 9822 niños y se detectaron 1134 casos de desnutrición (924 moderada y 210 grave), que fueron todos derivados correctamente. Esto explica en buena parte el cumplimiento por encima del 100 % del indicador R3.I3 sobre derivaciones, y también alimentó la tasa de curación, al activar los circuitos de atención. La cobertura, calidad del tamizaje y derivación efectiva demuestran un funcionamiento robusto del sistema local.</p>
<p>A3.R3: Apoyo a la atención y evacuación de los casos de malnutrición grave con complicaciones en la URENI del Centro de Salud Ref de Diéma.</p>	<p>Contribución: Media-Alta. Aunque la descripción es menos detallada, la entrega de medicamentos esenciales a la URENI permitió sostener la atención a los casos graves derivados. Su impacto es visible sobre R3.I3 (derivaciones a estructuras especializadas) y sobre la tasa de curación de casos severos. Aun así, habría sido deseable una descripción más completa del número de niños tratados o el uso efectivo del material.</p>
<p>A4.R3: Creación de 25 hogares de aprendizaje y recuperación nutricional FARN para casos de malnutrición aguda moderada (véase la descripción de la estrategia FARN en el formulario).</p>	<p>Contribución: Muy alta. Este fue el núcleo del sistema de recuperación comunitaria. La creación de 25 FARN, uno por aldea, permitió atender a 547 niños con malnutrición aguda moderada, con una tasa de curación final del 87 %, muy por encima del objetivo de 75 %. Las 682 sesiones culinarias superaron también el objetivo de 600, reflejando una apropiación genuina. El diseño participativo, el uso de productos locales, el seguimiento comunitario y la articulación con el sistema sanitario explican su fuerte impacto en los indicadores R3.I1 (curación MAS), R3.I4 (demonstraciones culinarias) y también en la sostenibilidad post-proyecto.</p>
<p>A5.R3: Lanzamiento del proyecto</p>	<p>Contribución: Baja pero útil Aunque esta actividad no incide directamente sobre los indicadores de resultados, sí fue útil para alinear expectativas,</p>

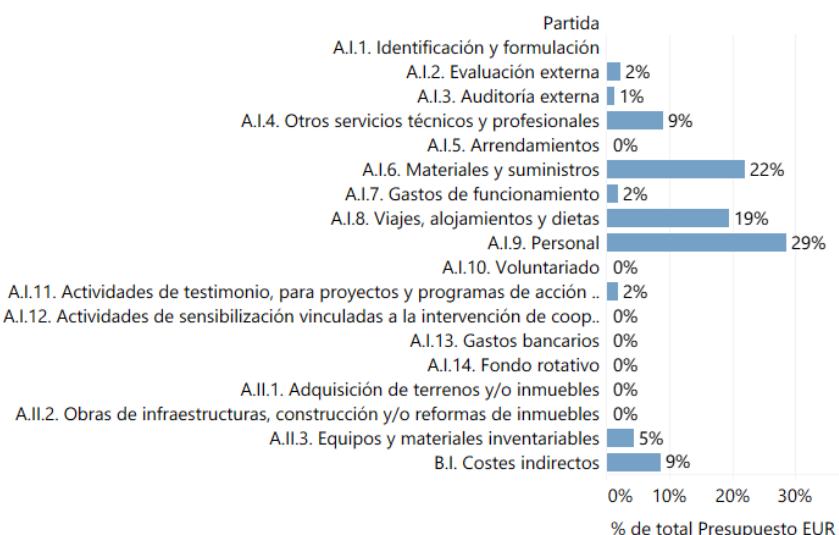
	<p>dar visibilidad al proyecto y generar coordinación interinstitucional. Su impacto es más estructural que técnico, reforzando la gobernanza y apropiación del proyecto por los actores locales desde el inicio.</p>
¿Se han alcanzado los resultados esperados y en qué medida han contribuido al logro del objetivo específico? ¿Qué actividades han contribuido y cuáles no al logro de los resultados?	<p>El proyecto alcanzó de forma satisfactoria los resultados operativos vinculados al fortalecimiento de los servicios sanitarios y comunitarios, especialmente en salud materna, atención a la MGF y nutrición infantil. No obstante, la ausencia de fuentes externas y la dependencia de información verbal o estimada limitan la solidez de la evidencia. La eficacia del proyecto es, por tanto, positiva pero moderada, con avances visibles en los servicios de base y en el bienestar de las mujeres y los niños, aunque con margen de mejora en la sistematización de datos y el seguimiento de los indicadores de impacto. Las actividades que más han contribuido al logro de resultados son las que combinaron formación técnica, dotación de medios y dinámicas comunitarias (formación SONUB, equipos médicos, FARN, sensibilización sobre MGF). Por el contrario, aquellas ligadas a la detección y evacuación de casos de MGF tuvieron menor alcance, principalmente por limitaciones contextuales y socioculturales</p>
<h3>EFICIENCIA</h3> <p>¿Los recursos disponibles (económicos, humanos, materiales y logísticos) han sido utilizados de forma adecuada y proporcional al logro de los resultados?</p> <p>Para valorar si los recursos del proyecto se utilizaron de forma adecuada y proporcional al logro de los resultados se ha adoptado un enfoque basado en tres fuentes principales: 1) la ejecución presupuestaria, 2) los registros del proyecto disponibles y 3) la evidencia recogida en terreno mediante entrevistas y grupos focales. La adecuación se entiende como la correspondencia entre los recursos y las necesidades, mientras que la proporcionalidad hace referencia a la relación entre la magnitud de los recursos empleados y los cambios alcanzados. Se han considerado de manera diferenciada los recursos económicos, humanos, materiales y logísticos, evaluando su pertinencia, suficiencia y uso real en el contexto del proyecto. La valoración se expresa en términos de alta, media o baja, en función del grado de alineamiento con las necesidades, de la existencia de evidencias externas o visadas por autoridades locales, y de la coherencia entre los logros alcanzados y los medios invertidos. Este procedimiento permite identificar tanto las actividades que han demostrado un uso eficiente de los recursos como aquellas que presentaron limitaciones o desajustes, siempre señalando las evidencias y condicionantes que sustentan el juicio.</p> <p>Eficiencia relacionada con la aplicación de recursos financieros. El análisis del presupuesto y su ejecución ofrece una imagen positiva en cuanto a la eficiencia del proyecto en el uso de los recursos económicos disponibles.</p>	

En primer lugar, se observa un **presupuesto equilibrado**, con una estructura que favorece claramente el beneficio directo a la población destinataria. Menos del 30% del presupuesto fue destinado a gastos de personal, un porcentaje que se sitúa por debajo de lo habitual en este tipo de intervenciones. Además, dentro de esa categoría, **el 77% corresponde a salarios de personal local**, sin presencia de personal expatriado en el país, lo que refuerza el compromiso del socio implementador (MPDL) con el fortalecimiento de capacidades locales y la sostenibilidad de las acciones.

Otras partidas destacadas son las de **materiales y suministros (22%)**, utilizados mayoritariamente para el funcionamiento de los FARN, incluyendo consultas, provisión de alimentos y medicamentos, lo cual repercute de manera directa en la mejora de la situación nutricional de niñas y niños menores de cinco años. La partida de **viajes y alojamientos (19%)** se ha orientado principalmente a facilitar la participación de personas beneficiarias y autoridades locales en las actividades del proyecto, contribuyendo así a su apropiación y acompañamiento institucional.

También se identifican **otros inputs con valor añadido directo para las comunidades**, como los **servicios técnicos y profesionales (9%)**, enfocados en gran medida a cubrir formaciones relevantes para la población, y los **equipos y materiales inventariables (5%)**, orientados a la dotación de los Centros de Salud. En conjunto, estos datos reflejan un diseño presupuestario donde la mayor parte de los recursos tienen una **trazabilidad clara hacia los beneficios locales**, mientras que los gastos de gestión y administración se mantienen en niveles razonables y contenidos.

Gráfico2_Presupuesto de la intervención



En cuanto a la ejecución, se observa una **leve subejecución presupuestaria** en dos partidas clave. La primera es la de **personal**, con un 8,2% de subejecución, atribuible en su mayoría a la **no ejecución parcial del**

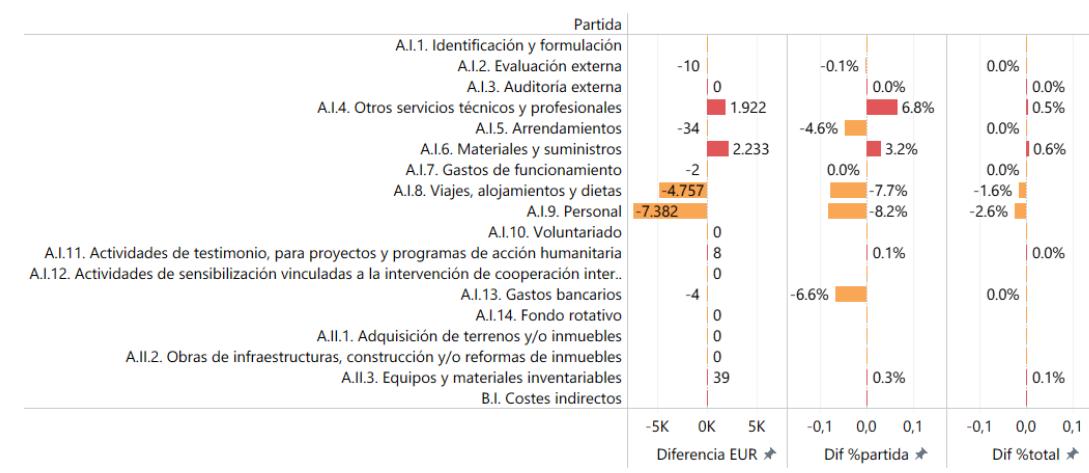
presupuesto asignado al personal en sede, que compensa mínimamente el ligero exceso en personal local. La segunda partida con subejecución es la de **viajes y alojamientos**, con un 7,7%, posiblemente asociada a ajustes en el calendario de actividades o a cambios en los mecanismos de participación.

En el extremo opuesto, destacan dos partidas con **ligera sobre-ejecución**: **otros servicios técnicos y profesionales (+6,8%)**, ligada principalmente al coste real de las formaciones realizadas, y **materiales y suministros (+3,2%)**. En todos los casos, las desviaciones se mantienen dentro de márgenes razonables y no comprometen el equilibrio global del presupuesto.

En suma, el proyecto presenta una **buena relación entre los recursos movilizados y los beneficios generados**, mostrando un uso eficiente de los fondos disponibles. El gasto se ha orientado de forma prioritaria a las actividades clave, con ajustes presupuestarios coherentes y sin desviaciones graves, lo cual refuerza la percepción de una **gestión financiera responsable y eficaz**.

Gráfico3_Ejecución presupuestaria.

Diferencia de presupuesto vs ejecutado en EUR, % de la partida y % sobre el total del presupuesto.



Eficiencia en relación con los recursos humanos. El proyecto destaca por su enfoque eficiente y estratégico en la gestión de los recursos humanos, tanto “formales” como comunitarios. En primer lugar, cabe resaltar la apuesta decidida por el personal local, lo cual contribuye no solo a una mayor eficiencia económica, al reducir costes vinculados a desplazamientos, alojamientos o salarios diferenciados de personal expatriado, sino también a una mejor apropiación local, un conocimiento más profundo del contexto sociocultural y una fortalecida capacidad institucional en los territorios de intervención. Esta estrategia es coherente con los principios de sostenibilidad, empoderamiento y refuerzo del sistema local de salud.

El equipo operativo del proyecto estuvo conformado por diez personas contratadas localmente, con un buen equilibrio de género (60% mujeres). Su implicación permitió una interlocución fluida con todos los niveles del sistema

de salud y una adaptación continua a las necesidades emergentes. No obstante, en algunas entrevistas se señaló que el equipo fue reducido en relación con el alcance territorial del proyecto (25 comunidades), lo que exigió un esfuerzo adicional por parte del personal, incluyendo el desplazamiento del propio coordinador de proyecto para apoyar directamente en terreno. Esto muestra un nivel alto de compromiso, pero también sugiere que la dimensión del equipo podría haberse ampliado para facilitar aún más la ejecución.

Junto al equipo en terreno, el proyecto contó con el respaldo del personal técnico de la sede, que aportó conocimientos especializados, criterios de calidad y capacidades de gestión sin necesidad de presencia permanente en el país. Aunque se aplicaron gastos por viajes de seguimiento y acompañamiento a Mali, el modelo ha demostrado ser más eficiente que una estructura basada en personal expatriado residente, equilibrando proximidad técnica y optimización de recursos.

Más allá del equipo “formal”, el proyecto logró movilizar eficazmente a una red amplia y diversa de actores locales, que multiplicaron el impacto de las acciones y aportaron un valor añadido superior al coste directo de su participación. Entre estos actores destaca el Centro de Salud de Referencia (CSRef) de Diéma, estructura clave del sistema público de salud, que asumió tareas de planificación técnica, supervisión operativa y consolidación de logros. A través de su “*Équipe Cadre du District*” (ECD), integrada por servicios de salud, desarrollo social y promoción de la mujer, se articuló la intervención con los diez Centros de Salud Comunitarios (CSCOM), responsables de aplicar los protocolos, formar personal, realizar seguimiento sanitario y asegurar el funcionamiento de los mecanismos de referencia y evacuación. El compromiso y la proactividad de estos centros fueron determinantes para lograr una adecuada integración de la intervención en las rutinas del sistema de salud.

Además, los servicios técnicos descentralizados del Estado (SLDSES y SLPFEF) tuvieron un rol activo en la validación de enfoques sensibles al contexto, la formación de estructuras comunitarias y el impulso de procesos institucionales clave. Las autoridades municipales también contribuyeron de forma destacada, facilitando espacios, movilizando a las comunidades y legitimando la intervención mediante cartas de apoyo institucional.

A nivel comunitario, se pusieron en marcha 25 comités locales, integrados mayoritariamente por mujeres (80%) y reforzados con madres modelo, relevos comunitarios y miembros de los Grupos de Apoyo a la Actividad Nutricional (GSAN). Estas estructuras asumieron un papel central en la detección de casos, la derivación a servicios sanitarios y la sensibilización en salud materna, nutrición infantil y prevención de la MGF. Su articulación con los CSCOM y los agentes del proyecto garantizó una estrategia bien anclada en la base social.

Aunque todas estas personas y estructuras recibieron incentivos por su participación, el valor aportado supera con creces el coste económico asociado, constituyendo un ejemplo de eficiencia en la movilización de capital humano. En conjunto, puede afirmarse que el proyecto logró resultados significativos mediante una gestión racional y estratégica de los recursos humanos, optimizando capacidades existentes, activando redes locales e institucionales, y reforzando la sostenibilidad futura de las acciones emprendidas.

Eficiencia en relación con los recursos materiales y logísticos. Los **recursos materiales disponibles fueron adecuados** y se orientaron prioritariamente al fortalecimiento de los centros de salud comunitarios, con la dotación de equipos médicos y materiales adaptados a las necesidades identificadas. Esta asignación tuvo un impacto directo en la capacidad operativa de los CSCOM y en la calidad de los servicios prestados, contribuyendo de forma clara a la consecución de los objetivos sanitarios del proyecto.

En términos logísticos, el proyecto enfrentó **el reto de operar en 25 comunidades dispersas**, muchas de ellas de difícil acceso. A pesar de esta complejidad, la gestión logística fue valorada positivamente. El equipo implementador logró **cumplir con los plazos previstos** gracias a una organización funcional que incluyó el uso eficiente de medios de transporte, telefonía, radios y materiales móviles como el cine ambulante. Esta capacidad de movilización se tradujo en una cobertura amplia y en una ejecución fluida, a pesar de la carga de trabajo asumida por un equipo humano limitado.

En suma, el uso de medios materiales y logísticos fue **eficiente y estratégicamente orientado a maximizar el impacto directo en la población**, superando obstáculos geográficos y de seguridad mediante soluciones prácticas y creativas.

¿Los recursos disponibles (económicos, humanos, materiales y logísticos) han sido utilizados de forma adecuada y proporcional al logro de los resultados?

Los recursos del proyecto han sido utilizados de manera adecuada y proporcional al logro de los resultados. Los recursos financieros se orientaron mayoritariamente a partidas con impacto directo en la población, como materiales y suministros para los FARN o equipos médicos para los CSCOM, con un nivel de ejecución equilibrado y sin desviaciones graves. En cuanto a los recursos humanos, la apuesta por personal local, junto con la movilización de estructuras comunitarias y autoridades sanitarias, permitió un impacto notable a pesar de la limitación en el número de técnicos. Finalmente, los recursos materiales y logísticos fueron pertinentes y estratégicamente gestionados, facilitando la cobertura en 25 comunidades más o menos dispersas. En conjunto, puede afirmarse que los medios disponibles se emplearon con un alto nivel de eficiencia, con ejemplos claros como la dotación de equipos médicos, el protagonismo del personal local y la capacidad de movilización comunitaria que amplificó el alcance del proyecto.

IMPACTO

¿Qué cambios ha producido el proyecto en la vida de las personas beneficiarias y en su entorno, tanto previstos como no previstos?

El análisis se centrará en identificar los cambios producidos en la vida de las personas beneficiarias y en su entorno inmediato, distinguiendo entre aquellos previstos en el diseño de la intervención y los que surgieron de forma no planificada. La valoración se basará en cinco dimensiones complementarias: 1) la percepción de mejoras en el bienestar físico y psicosocial de mujeres y menores de cinco años, contrastando testimonios recogidos en terreno con datos de seguimiento; 2) la evidencia de fortalecimiento de derechos, en particular en salud sexual y reproductiva y en la prevención y atención de la MGF; 3) los cambios observados en roles de género, dinámicas familiares y procesos de toma de decisiones comunitarias; 4) la identificación de impactos inesperados, positivos o negativos, que hayan afectado a individuos, familias o comunidades; y 5) el reconocimiento institucional del valor añadido del proyecto por parte de autoridades locales, centros de salud y estructuras comunitarias.

Cambios en el bienestar físico, psicosocial y económico de mujeres y menores de 5 años. En el plano físico, la intervención ha mejorado el acceso a servicios de salud y la calidad de la atención. La dotación de equipos médicos en los CSCOM y el refuerzo de capacidades del personal se tradujeron en un aumento de partos asistidos y consultas prenatales y postnatales. En Tinkaré, el personal de salud señaló una disminución de partos en domicilio y un incremento en la planificación familiar solicitada por iniciativa de las propias mujeres, lo que evidencia una mejora en su salud reproductiva. También se reportó una reducción de los casos de malnutrición infantil gracias a la implementación de los FARN, que ofrecieron consultas, provisión de alimentos y seguimiento nutricional.

En el **ámbito psicosocial**, los testimonios apuntan a un cambio en la percepción de las mujeres sobre su papel en la comunidad y en la toma de decisiones familiares. En varias entrevistas, como en Madiga Sacko, se destacó que las mujeres participan ahora de manera más activa en los comités comunitarios y en actividades colectivas de sensibilización, especialmente en temas de violencia de género y mutilación genital femenina. Estas dinámicas han generado mayor confianza en las beneficiarias, que se sienten escuchadas y respaldadas por las estructuras de salud y por sus comunidades.

En cuanto al **bienestar económico**, aunque el proyecto no contemplaba intervenciones directas de generación de ingresos, sí redujo costes asociados a la salud. El mayor uso de los servicios comunitarios permitió a las familias acceder a consultas y tratamientos sin recurrir a desplazamientos largos y costosos. Además, en comunidades como Guemou se mencionó que la disponibilidad de insumos locales para las demostraciones culinarias redujo

la necesidad de comprar productos externos, promoviendo un aprendizaje práctico para mejorar la dieta infantil con recursos accesibles.

En conjunto, estos cambios evidencian un impacto positivo multidimensional en la vida de mujeres y menores de cinco años, que va más allá de la salud estrictamente física y se extiende a la autoestima, la participación social y la reducción de cargas económicas ligadas a la atención sanitaria.

Evidencia de **fortalecimiento de derechos** en salud sexual y reproductiva y lucha contra la Mutilación Genital Femenina (MGF). El proyecto ha tenido un impacto claro en el fortalecimiento de derechos de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La mejora de los servicios obstétricos y neonatales en los CSCOM, junto con la dotación de materiales y la formación del personal, ha permitido a más mujeres acceder a consultas prenatales, partos asistidos y planificación familiar. Estos avances no solo mejoran la salud de las mujeres, sino que también refuerzan su derecho a recibir atención sanitaria adecuada y segura en procesos profundamente ligados a su condición de género. En Tinkaré, por ejemplo, se destacó que las mujeres acuden ahora voluntariamente a los centros para solicitar planificación familiar, rompiendo con la tendencia anterior en la que este era un tema tabú. Este cambio en la práctica representa un avance en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su maternidad.

En cuanto a la MGF, los progresos son más limitados, pero significativos en términos de reducción del estigma frente a complicaciones y de apertura de espacios de diálogo. Los testimonios recogidos en comunidades como Tinkaré y Guemou señalan que ya se habla más abiertamente de la MGF, un tema que tradicionalmente estaba silenciado. Aunque no se ha llegado a cuestionar de manera directa la práctica misma, ni mucho menos a defender abiertamente la negativa de las mujeres a someterse a ella o a que sus hijas lo hagan, sí se observa una disminución del recelo a tratar las complicaciones derivadas y a buscar atención médica. La preparación del personal sanitario para atender estas complicaciones, junto con la existencia de protocolos específicos en 11 centros de salud, ha supuesto un paso concreto en el reconocimiento de las mujeres como titulares de derechos a una atención digna y adecuada frente a una práctica dañina desde nuestro punto de vista.

De este modo, aunque el proyecto no ha logrado aún transformar las normas sociales que sustentan la continuidad de la MGF, sí ha sentado bases importantes para el fortalecimiento de derechos: ha reducido el aislamiento de las mujeres afectadas, ha creado entornos más seguros para hablar del tema y ha consolidado servicios de salud más sensibles y preparados. Estos avances, aunque parciales, representan hitos significativos en contextos donde los derechos de las mujeres se ven especialmente restringidos.

Roles de género y toma de decisiones. Los testimonios recogidos muestran transformaciones incipientes pero significativas. La creación y fortalecimiento de los GSAN, junto con los comités de mujeres y otros espacios de

participación comunitaria, han abierto oportunidades para que las mujeres asuman un papel más activo en la vida colectiva. En varios grupos focales, como el de Tinkaré y Guemou, se señaló que las mujeres ya no solo participan en actividades de sensibilización o apoyo nutricional, sino que también intervienen en la definición de prioridades locales y en la gestión de los recursos movilizados por el proyecto. Este reconocimiento de su papel en las decisiones comunitarias supone un cambio en dinámicas donde tradicionalmente eran los hombres quienes ocupaban el espacio público.

Los relatos también evidencian un impacto en las relaciones familiares. Algunas mujeres refirieron que, gracias al acompañamiento en salud sexual y reproductiva, ahora discuten con sus parejas temas vinculados a planificación familiar o a la atención en los centros de salud, lo que antes resultaba tabú. Aunque no puede hablarse de un cambio estructural profundo en las relaciones de género, sí se observa un avance hacia una mayor corresponsabilidad en asuntos vinculados a la salud materna y a la crianza de los hijos.

En conjunto, estos cambios reflejan que, aunque persisten límites culturales en torno al rol de las mujeres, la intervención ha generado un entorno más favorable para que ellas participen y ejerzan influencia tanto en la esfera comunitaria como en el ámbito familiar. Este tipo de transformaciones, aún parciales, constituyen un aporte relevante hacia el objetivo de fortalecer la autonomía femenina y la capacidad de decisión en contextos tradicionalmente restrictivos.

Existencia de impactos no planificados, positivos o negativos, en individuos, familias o comunidades. Entre los positivos, los testimonios de mujeres en Tinkaré subrayan que ahora acuden con mayor frecuencia y autonomía a los centros de salud, sin necesidad de la autorización del marido, lo que representa un avance relevante en su capacidad de decisión, aunque no figuraba en los indicadores previstos. En comunidades como Madiga Sacko y Guemou, la sensibilización impulsó que la violencia de género y la mutilación femenina pudieran discutirse de manera más abierta, reduciendo estigmas y normalizando el debate sobre prácticas hasta entonces tabú. Otro efecto positivo inesperado fue la implicación de líderes comunitarios y autoridades tradicionales, que no solo facilitaron las actividades, sino que asumieron públicamente posiciones contrarias a matrimonios precoces y a favor de la salud de mujeres y niños, reforzando la legitimidad del proyecto. En cuanto a los efectos no planificados, se observó que la intensidad de las actividades generó una sobrecarga para los equipos comunitarios y el propio coordinador, lo que evidencia un nivel de compromiso elevado, pero también la posibilidad de desgaste. Asimismo, la dependencia creada en torno a insumos de los FARN y actividades de sensibilización podría traducirse en frustración si no se garantiza la continuidad tras el cierre del proyecto. En suma, los impactos imprevistos han sido mayoritariamente positivos, fortaleciendo la autonomía femenina y la apertura comunitaria al diálogo,

aunque acompañados de ciertos riesgos asociados a la sostenibilidad y la capacidad operativa local.

Con relación al **reconocimiento institucional** del valor añadido del proyecto por parte de actores locales, se encuentran testimonios como el del DTC del CSCCom de Tinkaré, se subraya que “les résultats sont bien positifs (...) fréquentation du centre par les femmes, l'accouchement au centre, l'amélioration de la nutrition et le dépistage”. Este mismo responsable indicó que el proyecto les dotó de equipos médicos, medicamentos y formación en VBG y nutrición, reforzando sus capacidades y la calidad del servicio.

Del lado de las autoridades locales, varios testimonios recogidos en las entrevistas con servicios técnicos descentralizados (SLDSES y SLPFEF) muestran que valoraron el papel del proyecto en la formación de estructuras comunitarias y en la coordinación con los CSCOM, lo que permitió mejorar la planificación sanitaria.

A nivel comunitario, las propias autoridades tradicionales y comités de mujeres señalaron que la implicación de líderes locales y la colaboración estrecha con los centros de salud contribuyeron a legitimar las actividades, integrándolas en las rutinas de la comunidad.

En conjunto, estas evidencias apuntan a que actores institucionales y comunitarios reconocen que el proyecto no solo aportó recursos, sino que también fortaleció la capacidad del sistema sanitario y generó dinámicas de cooperación local que antes no existían.

¿Qué cambios ha producido el proyecto en la vida de las personas beneficiarias y en su entorno, tanto previstos como no previstos?

El proyecto ha producido cambios tangibles en la vida de las personas beneficiarias y en su entorno evidenciado a partir del análisis realizado. Las mejoras en el bienestar físico de mujeres y niños se reflejan en un mayor uso de los servicios de salud, en mejores prácticas de nutrición y en una atención más accesible y de mayor calidad. En paralelo, se han dado avances en el ejercicio de derechos, especialmente en salud sexual y reproductiva, y en la capacidad de las mujeres para hablar y buscar atención frente a complicaciones de la MGF, aunque el tema de la negativa a la práctica sigue siendo un tabú. También se observa un fortalecimiento de la participación de las mujeres en espacios comunitarios, lo que apunta a cambios en la toma de decisiones locales. Más allá de los efectos previstos, surgieron impactos positivos no planificados, como una mayor sensibilización de la comunidad hacia prácticas de salud y protección, y una reducción del estigma hacia mujeres afectadas por la MGF. Finalmente, el reconocimiento institucional por parte de autoridades sanitarias y comunitarias confirma que el proyecto ha dejado un valor añadido en términos de confianza, legitimidad y fortalecimiento de capacidades locales. En conjunto, los resultados muestran un impacto positivo y relevante en la salud, los derechos y las dinámicas comunitarias en el círculo de Diéma

SOSTENIBILIDAD

¿Hasta qué punto existen condiciones para que los beneficios del proyecto continúen en el tiempo gracias a la apropiación y el compromiso de los actores implicados?

Para responder a la pregunta sobre la sostenibilidad del proyecto, el análisis se centra en cuatro aspectos clave que permiten valorar hasta qué punto existen condiciones para que los beneficios continúen en el tiempo: 1) el grado de apropiación del proceso por parte de las mujeres beneficiarias, 2) la implicación activa de estructuras comunitarias y autoridades locales, 3) la evidencia de transferencia de capacidades y liderazgo hacia actores locales, y 4) la existencia de vínculos, alianzas o sinergias entre mujeres, actores comunitarios e institucionales que favorezcan la continuidad. La valoración se apoya en los testimonios recogidos durante entrevistas y grupos focales, así como en la documentación aportada por el socio implementador.

Los testimonios recogidos en varias comunidades reflejan un fuerte **compromiso**. En Guemou, el comité de mujeres explicó que han asumido como propias las actividades de sensibilización y que seguirán promoviendo la asistencia a los centros de salud y la mejora de la alimentación infantil. En Tinkaré, los GSAN señalaron que replican en sus hogares lo aprendido en las demostraciones nutricionales y animan a otras mujeres a hacerlo. Estas evidencias confirman que las mujeres no solo participaron en las actividades, sino que están interiorizando cambios prácticos en salud y nutrición que pueden prolongarse más allá de la vida del proyecto.

La implicación activa de estructuras comunitarias y autoridades locales también se percibe con claridad. Los GSAN y comités comunitarios han estado presentes en campañas de vacunación y actividades de sensibilización, como lo muestran los testimonios de Madiga Sacko, donde se organizaron sesiones conjuntas con los CSCOM. Además, los responsables de los centros de salud, tanto en Diéma como en localidades periféricas, validaron protocolos y colaboraron en la aplicación de las formaciones sobre salud materna y MGF, reforzando la integración del proyecto en las dinámicas sanitarias locales.

En cuanto a la transferencia de capacidades, el proyecto ha conseguido logros palpables. Los 13 profesionales sanitarios formados en SONUB, así como los comités comunitarios, madres modelo y relevos, muestran mayor seguridad y competencias para detectar, derivar y acompañar casos de desnutrición y complicaciones obstétricas. Ejemplos en Debo Massassi y Diangounté Camara muestran cómo las estructuras locales organizan ya sesiones de sensibilización de manera autónoma, con el apoyo de materiales y conocimientos adquiridos durante el proyecto.

Finalmente, los vínculos y alianzas generados entre mujeres, comités, CSCOM y autoridades municipales refuerzan la sostenibilidad. En varias comunidades, se destacó la colaboración fluida entre comités de mujeres y

servicios de salud para organizar actividades y derivar casos, consolidando relaciones que pueden sostenerse sin una presencia constante del socio implementador.

No obstante, se identifican también puntos críticos. En Guemou, las mujeres señalaron que no participaron en las decisiones iniciales del proyecto, lo que limita la apropiación plena y reduce su capacidad de incidir en la planificación futura. En otras comunidades, como Messin y Diangounté Camara, los testimonios advirtieron que la continuidad de las actividades depende de incentivos externos: las mujeres y los GSAN manifestaron dificultades para mantener las acciones sin el aporte de materiales, alimentos o compensaciones mínimas. Este factor pone en riesgo la permanencia de dinámicas como los FARN o las campañas de sensibilización. Asimismo, aunque los protocolos en los centros de salud existen, no siempre se garantiza que puedan aplicarse con los recursos disponibles, lo que cuestiona la sostenibilidad de la transferencia de capacidades. Por último, aunque las alianzas comunitarias e institucionales se han reforzado, su estabilidad futura depende de la voluntad política de las autoridades locales y de la disponibilidad de recursos en un contexto de vulnerabilidad estructural.

¿Hasta qué punto existen condiciones para que los beneficios del proyecto continúen en el tiempo gracias a la apropiación y el compromiso de los actores implicados?

Existen condiciones favorables para que los beneficios del proyecto continúen en el tiempo, gracias al compromiso demostrado por mujeres, comités comunitarios, autoridades locales y personal de los CSCOM, que han asumido roles activos y han recibido formación replicable. Sin embargo, persisten limitaciones que pueden condicionar esta sostenibilidad, como la falta de participación plena de las mujeres en la planificación en comunidades como Guemou y la carencia de recursos materiales señalada en lugares como Tinkaré y Madiga Sacko. En conjunto, los logros alcanzados tienen bases sólidas para mantenerse, pero requieren apoyo institucional y comunitario adicional para garantizar su continuidad.

APROPIACIÓN Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

¿En qué medida se ha promovido la apropiación del proyecto y se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias con enfoque feminista?

Para responder a la pregunta sobre la apropiación y el fortalecimiento institucional con enfoque feminista, el análisis se centra en cuatro aspectos clave: 1) la participación activa de mujeres y menores en la planificación, ejecución y seguimiento del proyecto; 2) la evidencia de empoderamiento ideológico, organizativo o económico de las mujeres participantes; 3) el fortalecimiento técnico y operativo de las estructuras locales, evaluando si pueden desempeñar un rol de socio y no solo de beneficiario; y 4) la inclusión de mujeres en espacios comunitarios de toma de decisiones.

La participación de las mujeres y menores en el proyecto ya se ha mencionado anteriormente. Se manifestó de manera significativa durante la ejecución y seguimiento de las actividades, aunque fue menos visible en la planificación inicial. A través de los GSAN y comités, las beneficiarias asumieron roles activos en sensibilización, detección y derivación de casos, así como en el funcionamiento de los FARN. En Tinkaré, por ejemplo, el director del CSCom destacó que la planificación se realizaba de forma conjunta, con notificación previa de las actividades, lo que refleja un nivel de coordinación alto. En cambio, en Guemou, el comité de mujeres indicó que no fueron consultadas en la fase de diseño y que el proyecto “se presentó brevemente y empezó”, lo que revela limitaciones en la apropiación desde el inicio.

En cuanto al **empoderamiento**, los testimonios muestran avances claros. En Tinkaré, las mujeres explicaron que ahora toman la palabra en público y participan en decisiones comunitarias, lo que supone un cambio relevante en un entorno donde tradicionalmente su voz tenía menos espacio. La disminución del tabú para hablar de violencia de género o de MGF también constituye un progreso en la afirmación de sus derechos. En el plano organizativo, los GSAN se han consolidado como estructuras con funciones claras en prevención, nutrición y salud materna. El comité de Madiga Sacko subrayó que las demostraciones culinarias son gestionadas de forma autónoma por las beneficiarias.

El fortalecimiento técnico y operativo de las estructuras locales constituye uno de los logros más relevantes. Los CSCOM y el CSRef de Diéma han recibido formación en VBG, nutrición y cuidados obstétricos, así como equipamiento médico adaptado (mesas de parto, tensiómetros, aspiradores, etc.). El director del CSCom de Madiga Sacko señaló que, salvo cesáreas, podían atender todos los partos, lo que refleja una capacidad técnica significativamente reforzada. A nivel de protocolos, once centros implementan ya procedimientos específicos para complicaciones de MGF, y se dinamizó el mecanismo de referencia con el compromiso de autoridades y ASACO. Estas mejoras permiten a los centros operar con autonomía en gran parte de las tareas rutinarias, aunque persisten retos para garantizar la consistencia de los registros, la cobertura de áreas inseguras y la sostenibilidad financiera de las referencias.

La inclusión de las mujeres en espacios de toma de decisiones comunitarias también ha registrado avances, aunque de forma desigual. En Tinkaré, el coordinador de MPDL mencionó que las mujeres son ahora invitadas a espacios públicos y hablan en la plaza, un cambio confirmado por las integrantes del GSAN, que reconocen que su participación se debe al impacto de las actividades realizadas. En Guemou, por el contrario, aunque las mujeres participan activamente en los FARN y campañas de vacunación, no formaron parte de la planificación inicial, lo que limita su capacidad de incidir en decisiones estratégicas.

¿En qué medida se ha promovido la apropiación del proyecto y se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias con enfoque feminista?

El proyecto ha promovido de forma clara la apropiación y el fortalecimiento institucional con enfoque feminista, aunque con matices. Las mujeres han pasado a ocupar un rol más activo en la ejecución y seguimiento de actividades, con avances en su empoderamiento ideológico y organizativo a través de GSAN, comités y FARN, aunque su implicación en la planificación inicial fue limitada en algunas comunidades como Guemou. Los CSCOM y el CSRef han reforzado sus capacidades técnicas y operativas mediante formación y dotación de equipos, lo que les permite asumir un rol más autónomo en la atención obstétrica, nutricional y en complicaciones de la MGF. Además, se ha dado un paso importante en la inclusión de mujeres en espacios comunitarios de decisión, especialmente en lugares como Tinkaré. Sin embargo, persisten retos relacionados con la sostenibilidad financiera de los mecanismos de referencia y con la participación plena de las mujeres en la definición estratégica de las acciones. En conjunto, el proyecto ha contribuido significativamente a la apropiación local y al fortalecimiento institucional, sentando bases sólidas para la continuidad, aunque con márgenes de mejora en la equidad y la corresponsabilidad en la planificación.

ASPECTOS TRANSVERSALES ENFOQUE DE GÉNERO Y DESARROLLO

¿Cómo ha contribuido el proyecto al empoderamiento de las mujeres desde una perspectiva feminista, y qué cambios han experimentado en sus relaciones sociales y personales?

Tal y como se ha ido señalando en las respuestas a otras preguntas de evaluación, el proyecto ha generado cambios relevantes en el empoderamiento de las mujeres y en sus dinámicas sociales. En lo que respecta a su capacidad de tomar decisiones y participar en espacios comunitarios, las entrevistas muestran que las mujeres han incrementado su presencia en los GSAN, los FARN y otros comités locales, lo que les ha permitido ganar voz en procesos de salud y nutrición infantil.

En cuanto al reconocimiento de situaciones de discriminación o violencia, los testimonios apuntan a una mayor apertura para hablar de temas que antes eran tabú, como la violencia de género o las complicaciones derivadas de la mutilación genital femenina. Las mujeres afirman sentirse más escuchadas y acompañadas en la búsqueda de atención, lo que constituye un paso hacia la garantía de sus derechos. Sin embargo, no se ha observado aún un cambio profundo en la capacidad de las mujeres para oponerse de forma activa a prácticas como la MGF, lo que refleja tanto la persistencia de normas culturales restrictivas como la necesidad de un mayor trabajo en este ámbito.

Por último, los cambios en roles de género y dinámicas familiares aparecen de manera incipiente. La participación de mujeres en actividades

comunitarias y su implicación en la salud y nutrición de los hijos ha reforzado su legitimidad social y su influencia en decisiones domésticas, aunque no se puede afirmar que se haya producido una transformación estructural en las relaciones de género. Se han sentado las bases, no obstante, para que, a partir de la mejora en capacidades y reconocimiento comunitario, puedan seguir avanzando en un proceso más amplio de empoderamiento.

¿Cómo ha contribuido el proyecto al empoderamiento de las mujeres desde una perspectiva feminista, y qué cambios han experimentado en sus relaciones sociales y personales?

El proyecto ha contribuido al empoderamiento de las mujeres sobre todo a través de su participación en comités comunitarios y actividades de salud y nutrición, donde han ganado visibilidad y capacidad de decisión. También se observa una mayor disposición a hablar de violencia de género y complicaciones de la MGF, lo que supone un avance en el reconocimiento de derechos, aunque sin llegar aún a cuestionar prácticas profundamente arraigadas. Los cambios en roles de género y dinámicas familiares son todavía incipientes, pero reflejan un proceso en marcha que refuerza la posición social de las mujeres y abre espacio para transformaciones más sostenidas en el futuro

SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

¿Se han promovido prácticas ambientalmente sostenibles durante la implementación del proyecto, y han contribuido a la resiliencia de las mujeres frente al cambio climático?

¿Se han promovido prácticas ambientalmente sostenibles durante la implementación del proyecto, y han contribuido a la resiliencia de las mujeres frente al cambio climático?

La sostenibilidad ambiental no ha sido un eje específico del proyecto, lo cual resulta comprensible dado que las áreas de intervención (salud materna e infantil, nutrición y atención a complicaciones de la MGF) no ofrecían un espacio evidente para integrar componentes ambientales más específicos. Aunque se identifican algunos efectos indirectos, como el uso de productos locales en las demostraciones nutricionales y la mejora de prácticas de higiene y saneamiento en las comunidades, estos aportes son colaterales y no responden a un enfoque ambiental explícito. En consecuencia, el proyecto no ha contribuido de forma destacada a la resiliencia frente al cambio climático, centrándose en cambio en reforzar la salud y los derechos de mujeres y niños en un contexto de alta vulnerabilidad.

RESPETO A LA DIVERSIDAD CULTURAL

¿Cómo se ha tenido en cuenta la diversidad cultural en el diseño e implementación del proyecto, y de qué manera se ha trabajado el equilibrio entre respeto y transformación social?

El proyecto ha mostrado sensibilidad hacia la diversidad cultural del círculo de Diéma, adaptando sus intervenciones a las prácticas locales sin confrontarlas de manera directa, pero introduciendo cambios graduales desde un enfoque de derechos. Las actividades se han desarrollado en

lenguas locales y en espacios seguros, respetando la dinámica de las comunidades y el rol de líderes tradicionales y religiosos. En general, los testimonios recabados señalan que las actividades fueron percibidas como respetuosas con las costumbres, lo cual favoreció la aceptación del proyecto y la implicación de distintos actores comunitarios.

El punto más crítico en este equilibrio ha sido el abordaje de la MGF, una práctica fuertemente arraigada y con escasa oposición incluso entre las propias mujeres. En este contexto, el proyecto optó por una estrategia pragmática: centrarse en el tratamiento de las complicaciones médicas derivadas de la MGF y en generar confianza para que las mujeres pudieran expresar sin miedo los problemas de salud asociados. Este enfoque ha permitido avances significativos en la reducción del estigma, facilitando que las afectadas busquen atención en los centros de salud y reciban un trato digno. Aunque no supone aún un cuestionamiento abierto de la práctica en sí, sí constituye un primer paso relevante para que, con el tiempo, las mujeres puedan plantear otras formas de resistencia y transformación.

El proyecto ha manejado con inteligencia el equilibrio entre respeto cultural y transformación social, evitando choques frontales que podrían haber generado rechazo, pero sembrando bases para procesos de cambio más profundos en el futuro

¿Cómo se ha tenido en cuenta la diversidad cultural en el diseño e implementación del proyecto, y de qué manera se ha trabajado el equilibrio entre respeto y transformación social?

El proyecto ha tenido en cuenta la diversidad cultural adaptando sus actividades a las prácticas y lenguas locales, lo que favoreció su aceptación por parte de la comunidad. El tratamiento de la MGF se abordó de manera respetuosa y pragmática, priorizando la atención a las complicaciones médicas y reduciendo el estigma de las mujeres afectadas. Si bien no se logró un cuestionamiento abierto de la práctica, se generaron condiciones para que, en el futuro, puedan darse transformaciones sociales más profundas.

Conclusiones

EFICACIA

- Los indicadores del marco lógico fueron pertinentes y bien definidos, aunque no todo se podían medir a partir de documentos externos u oficiales.
- El objetivo específico se alcanzó, aunque sólo se pudo verificar de forma parcial: hubo avances visibles en atención obstétrica, neonatal y nutricional, pero sin datos verificables sobre la reducción de la mortalidad materna e infantil.
- En salud materna y neonatal, aumentaron los partos asistidos (+7%), las consultas prenatales iniciales (+10%) y las posnatales (+16%), confirmando una mejora real en el uso de servicios de salud.

- En mutilación genital femenina, los resultados fueron muy positivos: el 100 % de los casos con complicaciones fueron atendidos y se establecieron protocolos en 11 estructuras, aunque sin respaldo documental completo.
- En nutrición infantil, los avances fueron buenos: mejora en las derivaciones y en la cobertura comunitaria (25 FARN activos y más de 500 demostraciones culinarias), pero sin verificación de los datos de curación.
- Las actividades de formación técnica, dotación de equipamientos y trabajo comunitario fueron las más eficaces, al combinar cambios estructurales en los servicios con empoderamiento local.
- En conjunto, la eficacia del proyecto puede considerarse positiva pero moderada, con logros operativos relevantes y debilidades en la sistematización de datos y la trazabilidad de resultados.

EFICIENCIA

- La asignación de recursos financieros fue adecuada: la mayor parte del presupuesto se destinó a actividades con impacto directo en las comunidades (FARN, dotación de equipos médicos, formaciones).
- El gasto de personal se mantuvo en niveles bajos (menos del 30% del presupuesto), priorizando la contratación de personal local (77% del total de salarios), lo que reforzó la sostenibilidad y redujo costes asociados a expatriados.
- La estructura presupuestaria mostró equilibrio, con una ejecución global alta y desviaciones menores en partidas específicas (subejecución en viajes y personal de sede, sobre-ejecución en formaciones y suministros).
- La gestión financiera fue transparente y se apoyó en documentación justificativa y visada por autoridades locales (por ejemplo, registros de los CSCOM y CSRef).
- La gestión de recursos humanos fue eficiente, logrando una fuerte movilización de actores locales (CSCOM, CSRef, GSAN, comités comunitarios), con buena participación de mujeres (60% en el equipo técnico, 80% en comités comunitarios).
- El tamaño del equipo en terreno fue limitado en relación con la amplitud geográfica (25 comunidades), lo que generó una carga de trabajo elevada y obligó al coordinador del proyecto a asumir tareas operativas.
- Los recursos materiales y logísticos fueron pertinentes y adecuados (dotación de equipos médicos, materiales nutricionales, cine ambulante), lo que permitió superar barreras geográficas y de seguridad.
- A pesar de las condiciones de inseguridad y las dificultades de acceso, la gestión logística garantizó el cumplimiento del cronograma y la cobertura territorial prevista.

IMPACTO

- El proyecto produjo mejoras tangibles en el bienestar físico de mujeres y menores de cinco años, reflejadas en el aumento de partos asistidos y consultas prenatales y postnatales, gracias a la dotación de equipos médicos y al refuerzo de capacidades en los CSCOM y el CSRef.
- En nutrición infantil, los 25 FARN implementados contribuyeron a la detección, tratamiento y recuperación de casos de desnutrición aguda.
- En el plano psicosocial, las mujeres ganaron confianza y espacios de participación comunitaria. En localidades como Madiga Sacko y Guemou se destacó su papel activo en comités y actividades colectivas, lo que refuerza su presencia en dinámicas comunitarias.
- En la lucha contra la MGF, los avances fueron más limitados pero significativos: se redujo el estigma hacia las complicaciones y se implementaron protocolos en 11 centros de salud, creando condiciones más seguras para que las mujeres hablen y busquen atención.
- Se evidencian cambios en roles de género y toma de decisiones: las mujeres asumieron mayor protagonismo en GSAN y comités comunitarios, participando en la definición de prioridades y en la gestión de recursos locales, aunque los cambios en las relaciones familiares siguen siendo incipientes.
- El reconocimiento institucional del proyecto fue explícito: responsables de CSCOM valoraron la mejora de servicios y dotación de equipos, mientras que autoridades locales y servicios técnicos descentralizados subrayaron el refuerzo a la coordinación comunitaria y la planificación sanitaria.

SOSTENIBILIDAD

- Las mujeres han mostrado un alto grado de apropiación del proceso, replicando aprendizajes en salud y nutrición en sus hogares y comunidades.
- Las estructuras comunitarias y las autoridades locales han estado activamente implicadas.
- La transferencia de capacidades es visible: 13 profesionales sanitarios formados en SONUB y numerosos comités comunitarios, madres modelo y relevos demostraron competencias para detectar, derivar y acompañar casos de desnutrición y complicaciones obstétricas.
- Los vínculos y alianzas generados entre mujeres, comités, CSCOM y autoridades municipales refuerzan las bases de continuidad. La colaboración entre comités de mujeres y servicios de salud para organizar actividades y derivar casos ha consolidado relaciones que trascienden el marco temporal del proyecto.
- Existen, no obstante, limitantes a la sostenibilidad como la dependencia de recursos externos para mantener actividades clave.

APROPIACIÓN Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

- La participación de titulares de derechos (mujeres y menores) en el proyecto fue activa en fases de ejecución y seguimiento, aunque más limitada en el diseño inicial.
- Se observan evidencias de empoderamiento de las mujeres, tanto en su capacidad organizativa como en la confianza para expresar opiniones y participar en espacios comunitarios.
- Las estructuras locales, especialmente los servicios de salud y los comités comunitarios, fortalecieron sus capacidades técnicas y operativas, lo que incrementa su potencial de asumir un rol de socio local.
- La inclusión de mujeres en espacios de decisión comunitaria ha aumentado, generando dinámicas de participación más equilibradas, aunque aún persisten limitaciones culturales y estructurales.

ASPECTOS TRANSVERSALES

- El proyecto contribuyó al empoderamiento de las mujeres principalmente a través de su participación en comités comunitarios (GSAN, FARN, comités de mujeres), donde ganaron visibilidad y capacidad de decisión.
- Se observó una mayor disposición a hablar de violencia de género y de complicaciones derivadas de la MGF, lo que constituye un avance en el reconocimiento de derechos, aunque no se llegó aún a cuestionar de forma abierta la práctica en sí.
- Los cambios en roles de género y dinámicas familiares fueron incipientes, pero reflejan un proceso en marcha hacia una mayor legitimidad social e influencia en decisiones domésticas y comunitarias.
- La sostenibilidad ambiental no fue un eje central del proyecto, aunque se registraron efectos indirectos positivos, como el uso de productos locales en las demostraciones nutricionales y mejoras en prácticas de higiene y saneamiento.
- El respeto a la diversidad cultural se aseguró mediante el uso de lenguas locales, la implicación de líderes tradicionales y la elección de espacios seguros, lo que favoreció la aceptación comunitaria.
- El abordaje de la MGF fue pragmático y respetuoso: se centró en atender complicaciones médicas y en reducir el estigma, lo que permitió que las mujeres expresaran sus problemas de salud y accedieran a atención digna, sentando bases para transformaciones más profundas en el futuro.

Recomendaciones	Cada intervención es una oportunidad para aprender, mejorar y avanzar hacia enfoques más eficaces, sostenibles y transformadores. Evaluar no es sólo rendir cuentas, sino identificar qué funcionó, qué pudo hacerse mejor y cómo reforzar el impacto en futuras acciones. Las recomendaciones que siguen buscan justamente eso: capitalizar lo aprendido, ajustar lo necesario y seguir caminando hacia intervenciones que no solo atiendan necesidades
-----------------	--

inmediatas, sino que contribuyan a garantizar derechos, fortalecer capacidades locales y generar cambios duraderos.

▪ **Refuerzo de la sostenibilidad comunitaria a través de la producción local**

Destinatarios: Comités de mujeres y GSAN

Potenciar las capacidades de producción de alimentos nutritivos a nivel comunitario, vinculando los GSAN y otros comités con iniciativas agrícolas o de transformación de alimentos favoreciendo la mejora de la dieta infantil de manera sostenida. Este enfoque no solo reforzaría la seguridad alimentaria de las familias, sino que también abriría la posibilidad de generar excedentes que proporcionen ingresos para el crecimiento de los grupos comunitarios. Así, las estructuras locales podrían convertirse en motores de mejora nutricional y, al mismo tiempo, en agentes de desarrollo económico en sus comunidades.

▪ **Redimensionamiento del equipo de implementación**

Destinatarios: MPDL

Asegurar que el tamaño y la composición del equipo técnico de terreno se adecuen a los desafíos de cobertura territorial del proyecto, que incluye comunidades dispersas y con dificultades de comunicación. Aunque la eficiencia demostrada en esta intervención ha sido alta y se debe mantener, se recomienda ampliar el equipo para distribuir mejor la carga de trabajo y garantizar presencia en zonas periféricas. Este redimensionamiento debe ser contemplado en el diseño y la financiación de proyectos futuros, de modo que se preserve la proximidad con las comunidades y se sostenga la calidad de la implementación.

▪ **Mejora de la calidad de las fuentes de verificación**

Destinatarios: MPDL

Complementar las encuestas y registros internos del proyecto con fuentes externas y oficiales que aporten mayor robustez y credibilidad a los resultados. Esto implica reforzar el uso de estadísticas sanitarias de los CSCOM y CSRef, así como explorar otros registros que permitan visualizar con claridad los cambios alcanzados, por ejemplo, listados validados de mujeres tratadas por complicaciones de la MGF o registros de referencia nutricional sellados por autoridades locales. Este fortalecimiento aumentaría la fiabilidad de los indicadores y facilitaría el diálogo con actores institucionales.

▪ **Avanzar en el abordaje de la MGF**

Destinatarios: MPDL, Comités de mujeres, CSCOMs, CSRef

Mantener y profundizar la estrategia de atención a las complicaciones médicas derivadas de la MGF y de reducción del estigma hacia las mujeres afectadas, que ha demostrado ser una vía pragmática y eficaz en el contexto actual. Al mismo tiempo, explorar gradualmente espacios de

sensibilización sobre el derecho de las mujeres y niñas a decidir sobre su cuerpo, apoyándose en líderes comunitarios, estructuras locales y testimonios femeninos. De esta forma, se sientan bases para una transformación cultural más profunda, evitando resistencias y reforzando los derechos de las mujeres en un tema especialmente sensible.

- **Profundizar en el empoderamiento de las mujeres, incluyendo la dimensión económica**

Destinatarios: MPDL

El papel de las mujeres en la planificación, ejecución y seguimiento de proyectos futuros, asegurando su presencia en los espacios de decisión comunitaria y en la interlocución con autoridades locales, debe ir acompañado de un empoderamiento también en la dimensión económica, fomentando iniciativas que generen ingresos propios y reduzcan la dependencia de incentivos externos. Las actividades productivas vinculadas a nutrición y salud (huertos, transformación de alimentos, comercialización) pueden convertirse en una palanca de cambio estructural que complemente los avances ya logrados en autoestima, reconocimiento social y capacidad de decisión.

- **Consolidación de alianzas institucionales y municipales**

Destinatarios: CSCOM, CSRef, autoridades municipales y servicios técnicos descentralizados

Dar continuidad a las sinergias creadas entre CSCOM, CSRef, autoridades municipales y servicios técnicos descentralizados, transformándolas en mecanismos formales de colaboración y corresponsabilidad siempre que sea posible. Esto incluye la definición de compromisos de seguimiento (por ejemplo, en protocolos de referencia, apoyo a los FARN o financiación de evacuaciones obstétricas) que aseguren que las autoridades locales mantengan su implicación una vez concluida la intervención. La consolidación de estas alianzas es clave para garantizar la sostenibilidad institucional y reforzar la legitimidad de los logros alcanzados en salud y nutrición.

Lecciones aprendidas

- **La creación de equipos de trabajo en terreno con 100% de personal local mejora la eficiencia y la apropiación.** La decisión de prescindir de personal expatriado y apostar por un equipo completamente local con refuerzo técnico desde sede permitió reducir costes, garantizar un conocimiento más profundo del contexto sociocultural y reforzar la sostenibilidad. Este modelo demostró que la proximidad cultural y lingüística del personal es un factor clave de éxito en proyectos de cualquier tipo.

- **El enfoque pragmático frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF) abre puertas al cambio.** Abordar la MGF desde la atención a complicaciones médicas y la reducción del estigma, en lugar de confrontar directamente la práctica, resultó una estrategia efectiva para ganar confianza en las comunidades. Aunque no implica aún un rechazo abierto a la mutilación, este enfoque ha generado las primeras condiciones para un diálogo futuro sobre derechos y salud de las mujeres.
- **La movilización comunitaria requiere sostenibilidad material.** Los GSAN y comités locales asumieron un rol destacado en la detección de casos y la sensibilización. Sin embargo, su capacidad de continuidad depende en parte de incentivos materiales (alimentos, insumos para FARN, compensaciones básicas). La experiencia muestra que es imprescindible acompañar la movilización comunitaria con estrategias claras de sostenibilidad, ya sea mediante apoyo institucional o mediante mecanismos productivos propios.
- **La amplitud territorial exige equipos ajustados a la carga de trabajo.** La cobertura de 25 comunidades con un equipo reducido generó una sobrecarga operativa, incluso para el propio coordinador. Esta experiencia evidencia que los futuros proyectos deben dimensionar mejor el número de recursos humanos en función del territorio y la dispersión geográfica, para garantizar la calidad de la intervención sin desgaste del personal.

Anexo 01_ Matriz de evaluación

Criterio y pregunta de evaluación	Indicadores	Fuentes de información
<p>Eficacia</p> <p>Evalúa el grado en que la intervención ha alcanzado los objetivos y resultados establecidos, así como la calidad del diseño del marco lógico y la utilidad de sus herramientas de planificación y seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Los indicadores y fuentes de verificación del marco lógico han sido adecuados y útiles para medir el logro de resultados?▪ ¿Se han alcanzado los resultados esperados y en qué medida han contribuido al logro del objetivo específico? ¿Qué actividades han contribuido y cuáles no al logro de los resultados?	<ul style="list-style-type: none">▪ Claridad, relevancia y mensurabilidad de los indicadores formulados.▪ Utilidad práctica de los indicadores y fuentes de verificación en el seguimiento del proyecto.▪ Accesibilidad, frecuencia y coste de las fuentes de verificación utilizadas.▪ Porcentaje de cumplimiento de los resultados esperados.▪ Coherencia entre actividades ejecutadas y productos obtenidos.▪ Evidencia de contribución de los resultados al objetivo específico (ej. reducción de barreras de acceso, mejora en calidad de servicios, empoderamiento).▪ Identificación de cuellos de botella en la implementación.	<ul style="list-style-type: none">▪ Marco lógico y documentos de formulación.▪ Informes de seguimiento y monitoreo.▪ Entrevistas con equipo técnico del MPDL.▪ Observaciones sobre la disponibilidad de datos.▪ Informes narrativos y técnicos del proyecto.▪ Registros de actividades y productos.▪ Grupos focales con beneficiarias.▪ Entrevistas con personal local y autoridades sanitarias.
<p>Eficiencia y Viabilidad</p> <p>Evalúa la relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos, así como la viabilidad operativa y la sostenibilidad futura de las acciones impulsadas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Los recursos disponibles (económicos, humanos, materiales y logísticos) han sido utilizados de forma adecuada y	<ul style="list-style-type: none">▪ Nivel de ejecución presupuestaria en relación con los productos alcanzados.▪ Aprovechamiento y distribución eficiente del tiempo, del personal, y de los materiales.	<ul style="list-style-type: none">▪ Informes financieros, técnicos y cronogramas.▪ Registros de ejecución de actividades.▪ Entrevistas con el equipo de implementación.▪ Observación directa en terreno.

proporcional al logro de los resultados?	<ul style="list-style-type: none">▪ Adecuación de la logística utilizada para el contexto territorial y poblacional.▪ Grado de cumplimiento del cronograma y capacidad de respuesta ante imprevistos.▪ Existencia de capacidades instaladas en actores locales y estructuras comunitarias.▪ Nivel de apropiación por parte de las autoridades y población local.▪ Compromiso explícito de actores clave para la continuidad de acciones.▪ El colectivo meta y los objetivos prioritarios del proyecto continúan siendo relevantes para financiadores y actores locales.	<ul style="list-style-type: none">▪ Entrevistas con autoridades locales, personal de salud, líderes comunitarios.▪ Grupos focales con beneficiarias y activistas.▪ Documentos institucionales y planes locales de salud.▪ Evidencias de coordinación y continuidad en estrategias post-proyecto.
--	--	---

Impacto

Evaluá los efectos positivos y negativos, previstos o no, generados por la intervención en el bienestar, la salud y los derechos de las personas beneficiarias, desde una perspectiva social, institucional, económica y de género

▪ ¿Qué cambios ha producido el proyecto en la vida de las personas beneficiarias y en su entorno, tanto previstos como no previstos?	<ul style="list-style-type: none">▪ Percepción de mejoras en el bienestar físico, psicosocial o económico de mujeres y menores de 5 años.▪ Evidencia de fortalecimiento de derechos (especialmente en salud sexual y reproductiva y en la lucha contra la MGF).▪ Cambios observados en roles de género, relaciones familiares o toma de decisiones comunitarias.▪ Existencia de impactos no planificados,	<ul style="list-style-type: none">▪ Grupos focales con mujeres beneficiarias, activistas y líderes comunitarios.▪ Entrevistas con personal técnico, socios locales y autoridades.▪ Informes de monitoreo y testimonios recopilados durante el proyecto.▪ Observación directa en terreno.
--	--	---

positivos o negativos, en individuos, familias o comunidades.

- Reconocimiento institucional del valor añadido del proyecto por parte de actores locales.

Sostenibilidad

Evaluá en qué medida los logros del proyecto pueden mantenerse en el tiempo tras su finalización, considerando la apropiación por parte de las mujeres, el compromiso de los actores locales y la articulación entre actores comunitarios

- ¿Hasta qué punto existen condiciones para que los beneficios del proyecto continúen en el tiempo gracias a la apropiación y el compromiso de los actores implicados?

- Grado de apropiación del proceso por parte de las mujeres beneficiarias.
- Implicación activa de estructuras comunitarias y autoridades locales en las actividades del proyecto.
- Evidencia de transferencia de capacidades o liderazgo local en los procesos iniciados.
- Existencia de vínculos, alianzas o sinergias entre mujeres, actores comunitarios e institucionales que favorezcan la continuidad.

- Grupos focales con mujeres participantes y estructuras comunitarias.
- Entrevistas con autoridades locales, personal de salud y activistas.
- Informes del proyecto y documentos de planificación comunitaria.
- Observación de dinámicas locales durante las visitas a terreno.

Apropiación y Fortalecimiento Institucional

Evaluá el grado en que los actores involucrados han hecho suyo el proyecto y se han reforzado sus capacidades para sostener procesos transformadores, especialmente desde la perspectiva de las mujeres y sus derechos

- ¿En qué medida se ha promovido la apropiación del proyecto y se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias con enfoque feminista?

- Participación activa de titulares de derechos (mujeres y menores) en la planificación, ejecución y seguimiento del proyecto.
- Evidencia de empoderamiento ideológico, organizativo

- Grupos focales con mujeres beneficiarias, comités locales y activistas.
- Entrevistas con personal técnico del proyecto, personal de salud y autoridades.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ o económico de las mujeres participantes.▪ Fortalecimiento técnico y operativo de estructuras locales (servicios de salud, comités comunitarios, etc.).▪ Inclusión de mujeres en espacios de toma de decisiones comunitarias. | <ul style="list-style-type: none">▪ Informes de formación y fortalecimiento institucional.▪ Observación en terreno de prácticas participativas y liderazgo comunitario. |
|---|--|

Aspectos Transversales

Evaluá la incorporación efectiva de tres enfoques transversales fundamentales en la intervención: igualdad de género, sostenibilidad ambiental y respeto a la diversidad cultural, analizando su presencia en el diseño, implementación y resultados del proyecto

Enfoque de Género en Desarrollo

Busca transformar las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, favoreciendo el empoderamiento feminista y el ejercicio efectivo de los derechos.

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Cómo ha contribuido el proyecto al empoderamiento de las mujeres desde una perspectiva feminista, y qué cambios han experimentado en sus relaciones sociales y personales? | <ul style="list-style-type: none">▪ Percepción de las mujeres sobre su capacidad para tomar decisiones, expresar opiniones y participar en espacios comunitarios.▪ Reconocimiento de situaciones de discriminación o violencia.▪ Cambios en roles de género o dinámicas familiares/comunitarias. | <ul style="list-style-type: none">▪ Grupos focales con mujeres.▪ Entrevistas con activistas y personal técnico.▪ Materiales de formación y sensibilización. |
|---|--|---|

Sostenibilidad Ambiental

Promueve el uso de prácticas sostenibles que contribuyan a la adaptación al cambio climático y al cuidado del entorno natural.

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Se han promovido prácticas ambientalmente sostenibles durante la implementación del proyecto, y han contribuido a la resiliencia de las mujeres frente al cambio climático? | <ul style="list-style-type: none">▪ Adopción de prácticas agroecológicas o saludables en alimentación y nutrición.▪ Reducción de riesgos ambientales en actividades promovidas.▪ Inclusión de criterios de sostenibilidad en la gestión del proyecto | <ul style="list-style-type: none">▪ Informes técnicos y registros de actividades.▪ Entrevistas con mujeres participantes, activistas y equipo técnico.▪ Observación directa en terreno. |
|--|--|---|

Respeto a la Diversidad Cultural

Reconoce y valora las prácticas culturales locales, siempre que no vulneren derechos fundamentales, especialmente de las mujeres y niñas.

- ¿Cómo se ha tenido en cuenta la diversidad cultural en el diseño e implementación del proyecto, y de qué manera se ha trabajado el equilibrio entre respeto y transformación social?
- Nivel de adaptación de las actividades a prácticas culturales y religiosas locales.
- Percepción de actores comunitarios sobre el respeto a las costumbres.
- Forma en que se ha abordado la MGF y otras prácticas tradicionales desde un enfoque de derechos.
- Grupos focales con líderes comunitarios y beneficiarias.
- Entrevistas con personal técnico y autoridades locales.
- Materiales de sensibilización y diálogo comunitario.

**Anexo 02_ Visitas
fase 2**

Fecha	Región	Círculo	Comuna	Comunidad	Institución/ Grupo	Personas/ Cargos
30-may-25	Kayes	Diéma	Dioumara	Madiga Coura	GSAN	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Dioumara	Madiga Coura	Comité de femmes	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Dioumara	Madiga Coura	GSAN	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Dioumara	Madiga Coura	Comité	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Dioumara	Madiga Coura	GSAN	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Diéma	Messin	GSAN	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Diéma	Messin	Comité de femmes	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Diéma	Messin	GSAN	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Diéma	Messin	Comité de femmes	Responsables et membres
30-may-25	Kayes	Diéma	Diéma	Messin	GSAN	Responsables et membres
31-may-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Farabougou	GSAN	Responsables et membres
31-may-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Farabougou	CSCom	DTC
31-may-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Farabougou	GSAN	Responsables et membres
31-may-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Diangounté Camara	GSAN	Responsables et membres
31-may-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Diangounté Camara	CSCom	DTC
31-may-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Diangounté Camara	GSAN	Responsables et membres
01-jun-25	Kayes	Diéma	Madiga Sacko	Madiga Sacko	GSAN	Responsables et membres
01-jun-25	Kayes	Diéma	Madiga Sacko	Madiga Sacko	CSCom	DTC
01-jun-25	Kayes	Diéma	Madiga Sacko	Madiga Sacko	GSAN	Responsables et membres
01-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Tinkaré	GSAN	Responsables et membres

01-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Tinkaré	CSCom	DTC
01-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Tinkaré	GSAN	Responsables et membres
01-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Diéma	MPDL	Coordinateur des projets
02-jun-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Debo Massassi	GSAN	Responsables et membres
02-jun-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Debo Massassi	CSCom	DTC
02-jun-25	Kayes	Diéma	Diangounté Camara	Debo Massassi	GSAN	Responsables et membres
02-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Guémou	GSAN	Responsables et membres
02-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Guémou	Comité de femmes	Responsables et membres
02-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Guémou	GSAN	Responsables et membres
03-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Diéma	SDSES	Chef SDSES
03-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Diéma	CSRef	Medecin-Chef adjoint
03-jun-25	Kayes	Diéma	Diéma	Diéma	MPDL	Coordinateur des projets

Anexo 03_ Fuentes consultadas	Documentación primaria	<ul style="list-style-type: none">▪ Formulario de presentación del proyecto▪ Matriz de Marco Lógico▪ Solicitudes de modificación del proyecto▪ Informe intermedio▪ Informe final▪ Ejecución financiera▪ Fuentes de verificación▪ Notas de entrevistas y Grupos de discusión
	Documentación secundaria	<ul style="list-style-type: none">▪ Plan de Respuesta Humanitaria (PRH) Malí 2023.▪ Estrategia Nacional para Combatir la Violencia de Género (VBG)▪ Manual de Esfera 2018▪ Manual de género y ayuda humanitaria (Coordinación humanitaria y de género)▪ <i>Manual de género para la acción humanitaria del IASC (2021)</i>▪ Directrices de la CPI sobre la protección contra la violencia

Anexo 04_ Matriz CAD

	Título	Promoviendo servicios de salud que salvan vidas de mujeres y menores de 5 años en el círculo de Diéma, Mali"			Lugar	Círculo de Diéma, Región de Kayes, República de Malí			
	Sector	■ 122 – Salud Básica		Subsector	■ 12220 – Atención sanitaria básica				
	Tipo de evaluación	Final externa	Presupuesto o (95% la AACID)	315.604 euros					
	Fecha de intervención	01/2023-05/2025	Agente Ejecutor	MPDL	Beneficiarios				
	Fecha de evaluación	05-09/2025	Agente Evaluador	Fernando de los Ríos Martín Mamoutou Dembélé Ermelinda Tipa					
	Antecedentes y visión general de la intervención	El círculo de Diéma, situado en la región de Kayes, en el oeste de Malí, enfrenta elevados niveles de vulnerabilidad estructural derivados de la pobreza, la inseguridad alimentaria, la debilidad de los servicios de salud y la persistencia de prácticas tradicionales nocivas como la mutilación genital femenina. Financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID) e implementado por el Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL), el proyecto tuvo como propósito contribuir a la mejora de la salud y el estado nutricional de las mujeres y de los niños y niñas menores de cinco años del círculo de Diéma. La intervención se articuló en tres ejes complementarios: (1) la mejora del acceso y la calidad de los servicios obstétricos y neonatales, (2) el fortalecimiento de las capacidades locales para la prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de la mutilación genital femenina, y (3) el refuerzo de los sistemas de detección, tratamiento y prevención de la malnutrición infantil. Su enfoque integrador combinó la dotación de equipamiento sanitario, la formación del personal médico y comunitario, la creación de comités locales y FARN, y la sensibilización en salud sexual, reproductiva y nutricional, con una especial atención al empoderamiento de las mujeres y la participación de las comunidades locales.							
	Principios y objetivos de la evaluación	La evaluación se realizó para analizar los resultados alcanzados, los procesos implementados y las lecciones aprendidas para futuras intervenciones. Tiene un doble objetivo: (1) informar sobre la implementación del proyecto al donante, los socios y los actores locales, y (2) generar aprendizajes útiles para mejorar la calidad, la pertinencia y la sostenibilidad de las acciones. La evaluación se basó en criterios de pertinencia, eficacia, eficiencia, sostenibilidad, apropiación, alineación e integración de enfoques transversales (género, derechos humanos, diversidad cultural y acción sin daño).							
	Metodología y herramientas	Se empleó un enfoque participativo y mixto, combinando el análisis documental con entrevistas semiestructuradas, grupos focales y encuestas a distintos actores. Las herramientas se diseñaron conforme al perfil de cada grupo, garantizando la inclusión de mujeres, personal sanitario, autoridades locales y estructuras comunitarias. El trabajo de campo se desarrolló en las comunas de Diéma, Diangounté Camara, Madiga Sacko y Dioumara, donde se llevaron a cabo entrevistas con responsables de los CSCOM y CSRef, encuentros con GSAN, madres modelo y comités comunitarios, y sesiones de validación con servicios técnicos descentralizados. La triangulación de fuentes permitió contrastar las percepciones de la población beneficiaria con los resultados reportados por el socio implementador, asegurando una valoración equilibrada y contextualizada del proyecto							

Conclusiones	<p>EFICACIA</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los indicadores fueron pertinentes, aunque no todos pudieron verificarse con fuentes externas.▪ El objetivo específico se alcanzó parcialmente, con mejoras claras en atención obstétrica, neonatal y nutricional.▪ En MGF, se atendieron todos los casos detectados y se implantaron protocolos en 11 estructuras sanitarias.▪ En nutrición infantil, se reforzaron las derivaciones y la cobertura comunitaria (25 FARN y más de 500 demostraciones).▪ La eficacia general fue positiva, con logros visibles en los servicios básicos, pero limitada por la falta de datos verificables. <p>EFICIENCIA</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los recursos financieros se utilizaron de forma adecuada, priorizando actividades con impacto directo (equipamiento médico, rehabilitación nutricional, formaciones).▪ El gasto de personal fue bajo ($\approx 30\%$) y centrado en personal local (77%), reforzando sostenibilidad y eficiencia.▪ Ejecución presupuestaria alta y equilibrada, con desviaciones menores justificadas.▪ Movilización efectiva de actores locales, con amplia participación femenina.▪ Logística eficiente pese a las dificultades de acceso y seguridad. <p>IMPACTO</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Mejora del bienestar físico y nutricional de mujeres y niños: más partos asistidos, mejores prácticas alimentarias y reducción de la malnutrición.▪ Refuerzo de derechos en salud sexual y reproductiva; atención más digna y segura para mujeres afectadas por MGF.▪ Mayor confianza y participación de mujeres en estructuras comunitarias y decisiones locales.▪ Reducción del estigma hacia la MGF y apertura al diálogo sobre temas antes tabú.▪ Reconocimiento institucional del proyecto por parte de autoridades sanitarias y comunitarias. <p>SOSTENIBILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Alta apropiación comunitaria y continuidad de prácticas aprendidas en salud y nutrición.▪ Transferencia efectiva de capacidades a personal sanitario y comités locales.▪ Fortalecimiento de alianzas entre Centros de Salud, autoridades y grupos de mujeres.▪ Riesgos asociados a la dependencia de incentivos o materiales externos en algunas comunidades. <p>APROPIACIÓN Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Participación activa de mujeres y comunidades en la ejecución y seguimiento del proyecto.▪ Empoderamiento organizativo y social femenino reforzado.▪ Estructuras locales de salud fortalecidas técnica y operativamente.▪ Inclusión creciente de mujeres en espacios de decisión, aunque persisten límites culturales. <p>ASPECTOS TRANSVERSALES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Avances en empoderamiento de las mujeres y apertura para hablar de violencia y Mutilación Genital Femenina▪ Cambios incipientes en roles de género y dinámicas familiares.▪ Actividades culturalmente sensibles, realizadas en lenguas locales y con líderes tradicionales.
---------------------	---

	<ul style="list-style-type: none">▪ La sostenibilidad ambiental no fue un eje central, aunque se promovieron prácticas positivas de higiene y uso de productos locales.▪ Enfoque pragmático frente a la Mutilación Genital Femenina: atención médica y reducción del estigma como primer paso hacia la transformación social.
Recomendaciones	<ol style="list-style-type: none">1. Refuerzo de la sostenibilidad comunitaria a través de la producción local. Promover capacidades locales de producción y transformación de alimentos nutritivos, vinculando los Grupos de Apoyo Nutricional con iniciativas agrícolas o de pequeña economía alimentaria. Esto fortalecería la seguridad nutricional infantil y permitiría generar ingresos sostenibles para los grupos comunitarios.2. Redimensionamiento del equipo de implementación. Adecuar el tamaño y la composición del equipo técnico a la amplitud territorial y a las dificultades de comunicación. Se recomienda ampliar los recursos humanos en terreno para mantener la alta eficiencia lograda, garantizando presencia constante y equilibrio en la carga de trabajo.3. Mejora de la calidad de las fuentes de verificación. Complementar las encuestas y registros internos con fuentes externas y oficiales (CSCOM, CSRef, autoridades locales) que aporten mayor fiabilidad y visibilidad a los resultados. Favorecer registros validados sobre salud materna, nutrición y Mutilación Genital Femenina (MGF).4. Avanzar en el abordaje de la MGF. Consolidar la estrategia centrada en la atención médica y reducción del estigma, incorporando progresivamente espacios de diálogo sobre derechos sexuales y reproductivos. Involucrar a líderes comunitarios y mujeres referentes para evitar resistencias y promover un cambio cultural gradual.5. Profundizar en el empoderamiento de las mujeres, incluyendo la dimensión económica. Fortalecer el papel de las mujeres en espacios de decisión y acompañar este proceso con iniciativas económicas sostenibles (huertos, transformación o comercialización de alimentos), reduciendo la dependencia de incentivos externos y consolidando su autonomía financiera y social.6. Consolidación de alianzas institucionales y municipales. Formalizar las sinergias establecidas durante el proyecto mediante acuerdos o protocolos de colaboración, asegurando el seguimiento y la corresponsabilidad local en áreas como los FARN, las referencias obstétricas o la nutrición infantil.
Conclusiones de carácter específico	NA
Recomendaciones de carácter específico	NA
Los agentes que tienen Intervenido	<ul style="list-style-type: none">▪ Equipo de evaluación▪ Comité de Gestión de Evaluación