

“Né à Nikki” (Nacido en Nikki).

**PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA:
Impacto de un programa de salud materno-
infantil y reproductiva en el distrito de Biró de la
comuna de Nikki (Benín).**



“Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo”. Benjamin Franklin.

**Trabajo Fin de Grado. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
Curso académico 2017-2018.**

Autor: Gonzalo Olmedo Saura.

Tutora: Verónica Casado Vicente.

Agradecimientos: Celia Valderrama, Itziar Diego, Adrián López, Elena Toledano, Zoukarnaini Yinde, Yacoubou Seh, Houndete Alfred, Ignacio Rosell, Ana Almaraz, Ángel Martínez, Esther Fraile.

Proyecto finalista V Premios Fundación Mutua Madrileña.

RESUMEN.

El programa de salud comunitaria, que se presenta como proyecto de intervención comunitaria, se llevará a cabo a partir de julio de 2018 y tendrá una duración de un año (previa evaluación para valorar la continuidad de este a los 6 meses). Se ejecutará en el distrito de Biró perteneciente a la comuna de Nikki (Benín) y se utilizará como control el distrito de Sérékale.

La población destinataria directa e indirecta de los objetivos generales se corresponde con los 14.516 habitantes del distrito de Biró, incluyendo hombres y mujeres de distintas edades.

La fase de investigación (análisis de la situación sanitaria en la comuna) comienza en 2016. En 2017 se realiza una fase de investigación/implementación (identificación de las necesidades, junto con una priorización de problemas y líneas de intervención). Además, se establece un acuerdo de colaboración con una ONG local (Jedes Besen Sia) y se obtiene ayuda y autorización del personal sanitario de la región para ejecutar el programa que ahora se presenta.

El programa se compone de cuatro partes principales:

1. Educación para la salud por parte de una animadora (local) formada previamente, para abordar temas fundamentalmente relacionados con salud materno-infantil y reproductiva.
2. El seguimiento de las mujeres embarazadas del distrito de Biró mediante **trabajadores comunitarios** Consiguiendo por un lado implementar al menos cuatro consultas prenatales protocolizadas, realizadas por personal sanitario para un correcto control del embarazo, y por otro, que las mujeres acudan a dar a luz a un centro sanitario.
3. Concienciación y acompañamiento para que los hijos nacidos de las mujeres seguidas durante su embarazo consigan un acta de nacimiento.
4. Evaluación del impacto mediante la verificación de la pertinencia, la evaluación de la suficiencia. La evaluación de la estructura, proceso, resultados y de la satisfacción de la población, para la obtención de conclusiones y formulación de propuestas de acción futura.

Palabras clave: consulta prenatal, trabajadores comunitarios, educación para la salud, planificación familiar, acta de nacimiento, mortalidad materno-infantil.

ÍNDICE.

1. Introducción.	Pág. 2
a. Contexto global/ Escenario.	Pág. 2
b. Justificación.	Pág. 3
2. Objetivos.	Pág. 5
a. Objetivos generales.	Pág. 5
b. Objetivos específicos (objetivos en salud) y metas en salud y de actividad.	Pág. 5
3. Material y métodos.	Pág. 6
4. Alcance de la acción. Población diana.	Pág. 8
5. Bloque de actividades.	Pág. 8
a. Primer bloque de actividad de prevención primaria. Actividades de promoción de la salud y empoderamiento comunitario.	Pág. 8
b. Segundo bloque de actividad de prevención secundaria.	Pág. 11
c. Tercer bloque de actividad de participación comunitaria: Actividades de participación y autorresponsabilización comunitaria.	Pág. 13
6. Organización del trabajo.	Pág. 16
a. Cronograma.	Pág. 16
b. Presupuesto.	Pág. 16
7. Evaluación.	Pág. 17
a. Parámetros a analizar.	Pág. 17
b. Evaluación de estructura, proceso y resultado.	Pág. 18
c. Propuesta de indicadores de resultado y proceso.	Pág. 19
8. Discusión y conclusiones. Formulación de propuestas de acción futuras.	Pág. 20
9. Aspectos éticos.	Pág. 21
10. Otros.	Pág. 21
11. Conflictos de intereses.	Pág. 21
12. Bibliografía.	Pág. 21
13. Anexos.	Pág. 24

ABREVIATURAS.

IDH: Índice de Desarrollo Humano.

IPM: Índice de Pobreza Multidimensional.

ZSNKP: Zona Sanitaria Nikki-Kalalé-Pèrèrè.

OZS: Oficina de la Zona Sanitaria.

HSS: Hospital Sounon-Seró (hospital de referencia de la comuna de Nikki)

PNDS: Plan Nacional de Desarrollo Sanitario del Ministerio de Sanidad del gobierno de Benín.

IACHSS: Informe de Actividad Clínica del Hospital Sounon-Seró.

ONG: Organización No Gubernamental. **ONGD:** Organización No Gubernamental para el Desarrollo.

TMM: Tasa de Mortalidad Materna.

TMN: Tasa de Mortalidad Neonatal.

TMP: Tasa de Mortalidad Perinatal.

RN: Recién nacido.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

ASS: Anuario de Estadísticas Sanitarias de la comuna de Nikki 2015.

ARCHWB: Australian Research Centre for Health of Women and Babies.

ENRMMI: Encuesta nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil del gobierno de Benín

PDC: Plan de Desarrollo Comunal.

CPN: Consulta Prenatal.

PF: Planificación Familiar.

1. Introducción

A. CONTEXTO GLOBAL/ ESCENARIO.

La República de Benín es un país del África Subsahariana, con una población de 10,6 millones de habitantes. Localizado en el Golfo de Guinea, está limitado por Togo al oeste, por Nigeria al este y por Burkina Faso y la República de Níger al norte.

En términos sociodemográficos, Benín posee una edad media de 18,6 años, y una esperanza de vida al nacer de 59,6. Los años promedio de escolarización son 3,3. En cuanto al IDHⁱ Benín ocupa el puesto 167 del ranking mundial con una puntuación de 0,485. Estos indicadores son un reflejo de la situación de pobreza en la que este país se encuentra. Cuantificado mediante el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)ⁱⁱ se aprecia que un 64,2% de la población beninesa es pobre, y un 31,6% se encuentra en una situación de pobreza multidimensional extrema^{1,2}.

Se erige independiente del dominio francés en el año 1957 y goza de un régimen democrático desde los años 90, que convive con el sistema de organización político-administrativo tradicional. Ha basado su política de desarrollo en la descentralización, dando como resultado una subdivisión del país en 12 departamentos, que engloban 77 comunas entre las que se encuentra Nikki³.

Nikki, comuna en la cual se lleva a cabo el programa, está situada en el departamento de Borgou al nordeste de Benín y cubre una superficie de 3.171 kilómetros cuadrados. Cuenta con 151.232 habitantes⁴. Está formada por 7 distritos: Nikki (único distrito urbano), Biró, Gnonkourokali, Ouénou, Sérékale, Suya, y Tasso.

La mayor parte de la población de dicha comuna pertenece a la etnia *Baatonbu*, también conocida como *Baribá*. Sin embargo, existe una gran pluralidad de grupos socioculturales, fundamentalmente: *Fulbe o Peuhl*, *Ganuukube o Gandho* y *Yoruba*⁵. Debido a esta gran diversidad cultural y a pesar de que el idioma oficial es el francés, la comunicación con los distintos grupos se ve dificultada, ya que cada etnia habla su propia lengua.

El sistema de salud de Benín se organiza en tres niveles: Ministerio de Sanidad del Gobierno de Benín (nivel central), Dirección Departamental de Salud (nivel intermedio), y Zona Sanitaria. El presente proyecto trabajará en el llamado nivel periférico u operacional (Zona Sanitaria Nikki-Kalalé-Pèrèrè ZSNKP) administrado por la Oficina de la Zona Sanitaria (OZS) dirigida por el Coordinador de Zona Sanitaria, y gestionada por el comité de salud. La misma, dispone de un hospital de referencia (Hospital Sounon-Seró HSS), de gestión público-privada, y 16 centros de salud de dominio

ⁱ IDH es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, a saber, tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno.

ⁱⁱ IPM identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida. Refleja tanto la prevalencia de las carencias multidimensionales como su intensidad.

público. Cada distrito cuenta como mínimo con uno de estos centros. Además, existen centros sanitarios de carácter privado gestionados en muchos casos por ONGs. En cuanto a recursos humanos la zona sanitaria cuenta con 0,06 médicos por cada 1.000 habitantes (frente a los 5,3/1000 habitantes en España⁶), y 1,8 matronas por cada 5.000 mujeres en edad fértil⁴.

OAN International, organización que ha permitido llevar a cabo este proyecto, es una ONGD fundada en 2014 por estudiantes Universitarios en España. Desde entonces trabaja para acompañar a los agentes de desarrollo de la comuna de Nikki a través del intercambio de conocimientos y la creación conjunta de un modelo de cooperación sostenible, responsable y extrapolable. Su objetivo es la creación de proyectos de desarrollo que aspiren a la autogestión y liderazgo autónomo local. Por último, Jedes Besen Sia, es una entidad local de reciente creación con la que se establece un acuerdo de colaboración para llevar a cabo el programa. Dicha organización actúa como contraparte y garantiza que el proyecto, por un lado, se planifique junto a los actores locales de desarrollo y por otro su sostenibilidad.

B. JUSTIFICACIÓN.

El método científico es fundamental para establecer líneas de acción adecuadas en el marco de la cooperación internacional. Es por ello, que previo a la planificación del programa que se presenta, se ha llevado a cabo un análisis de la situación sanitaria en la comuna de Nikki. En primer lugar, se ha elaborado una identificación de las necesidades y los problemas mediante un enfoque por indicadores, sistema por encuesta, y entrevistas a informadores clave (**diagnóstico de salud comunitario**)⁷ que garantiza la pertinencia y coherencia del programa.

En segundo lugar, se ha realizado una **priorización de problemas**, mediante la adaptación del método Hanlon a las circunstancias sociosanitarias de dicha región. Esta, concluye que el problema de salud “Enfermedades del embarazo, parto y perinatales” es de máxima preferencia para el desarrollo de programas⁸ en base a:

1. La severidad del problema (suma de la Tasa de Mortalidad Materna y Tasa de Mortalidad Perinatal) de 3.241,01 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. 2. Extensión obtenida a partir de la tasa de incidencia de complicaciones perinatalesⁱⁱⁱ y maternas^{iv} que se estima como 66,68 por 1.000. 3 y 4. Eficacia de la solución y Factibilidad de la intervención deducidas a partir de 28 entrevistas realizadas a expertos locales que consideran que dicho problema puede ser atajado mediante programas de prevención primaria y secundaria (siendo ambas igual de importantes). Asimismo, teniendo en cuenta el PNDS y el IACHSS, el 70% de las muertes maternas se deben a hemorragias puerperales y el 10% a distocias. El 77% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 7 días, siendo las

ⁱⁱⁱ Aquellos partos en que el resultado fue un mortinato o fue causa de ingreso del recién nacido en la unidad de neonatología del HSS.

^{iv} Aquellos partos en que se produjo el fallecimiento materno o aquellos embarazos catalogados de alto riesgo en el IACHSS.

principales causas: infecciones, cuidados post-cesárea y la asfixia perinatal. Dichas etiologías están íntimamente relacionadas con la atención del parto y el correcto seguimiento del embarazo. Es por todo esto por lo que se considera un **problema de salud vulnerable**.

En las limitaciones de ambas investigaciones se resalta la importancia de disponer de un sistema censal funcional y fiable que permita obtener datos de calidad, y de esta forma, establecer estadísticas más fidedignas, ya que por ejemplo la cuantificación de la mortalidad materna y perinatal está dificultada por el registro limitado de los nacimientos.^{7,8} Es importante tener en cuenta que el porcentaje de personas con un acta de nacimiento en el departamento de Bourgoú es de 51,8%.⁴

El registro del nacimiento no sólo cumple un importante propósito estadístico, para entre otros, planificar y ejecutar políticas y programas de salud, sino que la obtención de un acta de nacimiento (previo registro) es un derecho de todos los niños (consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño). Constituye además, el primer paso para garantizar su reconocimiento ante la Ley y salvaguardar sus derechos (educación, asistencia sanitaria...). Muchas madres cuyos hijos no han obtenido un acta de nacimiento afirman desconocer el proceso de consecución de la misma.⁹

El 99% de las muertes maternas, neonatales e infantiles ocurren en países de rentas media y baja. La mortalidad materna es un problema de salud pública que requiere una intervención urgente, concertada y efectiva en los diferentes niveles de la sociedad¹⁰. Por ello la ONU, establece entre sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030: ODS 3.1: Reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad que supere el doble de la media mundial¹¹. ODS 3.2: reducir la mortalidad neonatal a 12 por 1.000 nacidos vivos en todos los países¹¹. La mejora de dichos aspectos es fundamental en la comuna de Nikki, ya que la TMM, aunque varía según la fuente consultada, se sitúa entre 1900/100.000 nacidos vivos registrado en el HSS¹² y 42,1/100.000 registrado en el ASS, y la TMN 19/1000 nacidos vivos registrada en el ASS.⁴

Durante la última década se han publicado numerosas revisiones sistemáticas y metaanálisis (ARCHWB, Cochrane, Lancet)^{13,14,15}. que examinan diferentes intervenciones realizadas en países de renta media o baja para mejorar la salud materno-infantil. Muchos de ellos coinciden en afirmar que a pesar de que hay muchas intervenciones disponibles, la manera claramente más efectiva de mejorar la salud materna y de los recién nacidos pasa por un paquete de intervenciones entre los que se encuentren fundamentalmente: un correcto seguimiento prenatal, partos en centros sanitarios, reconocimiento de signos y síntomas de alarma por parte de trabajadores comunitarios y la derivación por parte de estos, planificación familiar, aborto seguro y movilización comunitaria (que incluya educación y empoderamiento de la población).

Aunque estos metaanálisis han demostrado la disminución de la mortalidad perinatal y neonatal mediante este enfoque combinado, ninguno ha demostrado la disminución de la mortalidad materna, hecho discordante con estudios individuales publicados.

Además, avalan este programa intervenciones similares llevadas a cabo en países en vías en desarrollo, que se explicitan en el [ANEXO 1](#). En este se incluyen además los resultados de la investigación desempeñada por el comité biosanitario de OAN International.

Es reseñable que además del análisis de los datos disponibles, el programa nace a partir de un **diagnóstico participativo que tiene en cuenta a la población local** y va en consonancia con las líneas de trabajo en materia de salud materno-infantil y reproductiva que se están realizando en el ámbito público de la comuna (derivados de la ENRMMI¹⁶ y PDC⁵).

2. Objetivos.

A. OBJETIVOS GENERALES.

1. Objetivo general 1 (OG1): Mejorar la salud materna e infantil en el distrito de Biró.

2. Objetivo general 2 (OG2): Mejorar la identidad personal y jurídica, facilitando la expedición de un acta de nacimiento a los recién nacidos del distrito de Biró.

3. Objetivo general 3 (OG3): Aumentar la satisfacción de la población con el programa y los niveles competenciales de los profesionales implicados.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (objetivos en salud) y METAS EN SALUD Y de ACTIVIDAD.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (Objetivos en salud)	METAS EN SALUD Y de ACTIVIDAD	
1.a. Aumentar y mejorar el conocimiento, las actitudes y las habilidades de la comunidad en relación con la salud materno-infantil y reproductiva.	1.a Aumentar y mejorar el conocimiento, las actitudes y las habilidades de la comunidad en relación con la salud materno-infantil y reproductiva en un 40% en el próximo año.	*Conseguir que el 90% de las mujeres seguidas durante su embarazo acudan al menos a 1 Consulta Prenatal (CPN) durante el próximo año. *Aumentar del 36% ¹⁷ al 80% el número de mujeres embarazadas que acuden al menos a 4 CPN durante el embarazo registradas en el distrito de Biró en el próximo año.
1.b. Disminuir la mortalidad materna vinculada a embarazo, parto y puerperio	1.b Disminuir la mortalidad materna vinculada a embarazo, parto y puerperio un 30% en los próximos 5 años.	*Aumentar un 20% el total de mujeres que acuden a dar a luz a un centro sanitario en el distrito de Biró en el próximo año.
1.c. Disminuir la mortalidad perinatal, y neonatal (precoz y tardía).	1.c Disminuir la mortalidad perinatal, y neonatal (precoz y tardía) un 20% en los próximos 5 años.	*Aumentar del 5% ¹⁷ al 30% el número de mujeres en edad fértil que acuden a consulta de Planificación Familiar (PF) en el distrito de Biró en el próximo año.
1.d. Disminuir las complicaciones maternas (ceguera, infertilidad, infecciones, malaria durante el embarazo, sepsis, hemorragias, anemia, síndrome de Sheehan, necrosis cortical renal, preeclampsia, eclampsia, edema agudo de pulmón, coma ^{18,19}) derivadas de la falta de control del embarazo y/o falta de asistencia por parte de personal cualificado de los partos.	1.d Disminuir las complicaciones maternas derivadas de la falta de control del embarazo y/o falta de asistencia por parte de personal cualificado de los partos (incluyendo derivaciones urgentes al hospital de referencia) un 10% en los próximos 2 años.	
1.e. Disminuir las complicaciones del recién nacido (infecciones, malaria neonatal, tétanos neonatal, sepsis, crecimiento intrauterino retardado, recién nacido con bajo peso, prematuridad, anemia fetal, hidropesía fetal, asfixia neonatal, lesión cerebral neonatal, parálisis cerebral, retraso	1.e. Disminuir las complicaciones del recién nacido derivadas de la falta de control del embarazo y/o falta de asistencia por parte de personal	

mental, epilepsia, defectos del tubo neural, malformaciones congénitas, alteraciones esqueléticas ^{18,19}) derivadas de la falta de control del embarazo y/o falta de asistencia por parte de personal cualificado de los partos.	cualificado de los partos (incluyendo derivaciones urgentes al hospital de referencia) en un 50% en los próximos dos años.	
1.f. Mejorar la calidad de vida de la población al disminuir el número y la importancia de las invalideces.	1.f Mejorar la calidad de vida del 25% de las mujeres con embarazos de riesgo en el próximo año en el distrito de Biró.	
1.g. Mejorar la equidad y la accesibilidad de las mujeres embarazadas a los servicios sanitarios mediante la acción comunitaria y el seguimiento de las mujeres embarazadas del distrito de Biró.	1.g Mejorar la equidad y la accesibilidad de las mujeres embarazadas a los servicios sanitarios mediante la acción comunitaria y el seguimiento de las mujeres embarazadas del distrito de Biró en un 50% en el próximo año.	*Despistaje precoz y registro del 90% de las mujeres embarazadas del distrito de Biró en el próximo año.

Tabla 1. Tabla de elaboración propia que contiene objetivos específicos (objetivos en salud) y metas en salud y de actividad del OG1.

Los datos de mortalidad se refieren a mortalidad en la comuna de Nikki. En este programa se considera-> TMM: Muertes maternas (durante el embarazo y hasta 42 días después) / nacidos vivos ese año expresado por cada 100.000 nacidos vivos; TMN: Número de recién nacidos fallecidos en los primeros 28 días de vida/ número de nacidos vivos el mismo año, expresado por cada 1.000 nacidos vivos; TMP defunciones de fetos a partir de la semana 28 y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días/ nacidos vivos expresados por cada 1.000 nacidos vivos (CIE-9).

Se considera que se ha llevado a cabo un despistaje precoz del embarazo, cuando este se ha efectuado durante el primer trimestre.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (Objetivos en salud)	METAS EN SALUD Y de ACTIVIDAD
2.a. Aumentar los conocimientos de las mujeres en cuanto a cómo llevar a cabo el registro de sus hijos, y la importancia de hacerlo.	2.a Aumentar los conocimientos de las mujeres en cuanto a cómo llevar a cabo el registro de sus hijos, y la importancia de hacerlo en un 40% en el próximo año en el distrito de Biró.
2.b. Aumentar el número de recién nacidos del distrito de Biró que obtienen un acta de nacimiento. -Dotar a los hijos nacidos de las mujeres seguidas durante el embarazo de un acta de nacimiento plastificado.	2.b Aumentar un 40% el número de recién nacidos del distrito de Biró que obtienen un acta de nacimiento en el próximo año. -Dotar al 90% de los hijos nacidos de mujeres seguidas durante el embarazo de un acta de nacimiento plastificado en el próximo año en el distrito de Biró.
2.c. Proporcionar una identidad jurídica a los menores de 5 años del distrito de Biró que permita que se reconozcan y salvaguarden sus derechos. Y así, mejorar los registros estadísticos a través de la creación de un censo fiable.	2.c Aumentar en un 40% en los próximos dos años el número de menores de 5 años del distrito de Biró que obtienen un carné de identidad que les proporcione una identidad jurídica que permita que se reconozcan y salvaguarden sus derechos.
2.d. Favorecer el acceso a la educación y la sanidad en zonas rurales mediante la obtención de un carné de identidad.	2.d Favorecer el acceso a la educación y la sanidad en zonas rurales mediante la obtención de un aumento del 50% del número de menores de 5 años que obtienen un acta de nacimiento en los próximos dos años en el distrito de Biró.

Tabla 2. Tabla de elaboración propia que contiene los objetivos específicos (objetivos en salud) y las metas en salud del OG2.

3. Material y métodos.

El presente proyecto se trata de un programa de salud piloto que se desarrollará durante un año en el distrito de Biró. Para la evaluación del impacto se ha establecido un diseño de comparación externa (diseño antes-después con grupo testigo)²⁰, por lo que se ha seleccionado un “grupo de comparación o control”: el distrito de Sérékale que permite observar diferencias entre ambas poblaciones con y sin intervención. Ambas poblaciones, pertenecientes a la misma comuna, comparten características culturales, sociodemográficas y sanitarias por lo que consideramos

significativo el estudio propuesto. A los seis meses de iniciado el mismo, está planificada una evaluación que valore su continuidad.

Se decide llevar a cabo este enfoque cuasiexperimental, también conocido en el marco de la cooperación al desarrollo como *counterfactual frameworks*, debido a la imposibilidad de escoger una muestra aleatoria dentro de una única población en un programa en el que una de sus actividades principales sea la educación para la salud comunitaria, ya que resulta inviable seleccionar a las personas que acuden a las mismas.

La intervención se ha adaptado basándose en los hallazgos de las investigaciones previas en terreno, y ha sido consensuada con los agentes de desarrollo locales, para ser fácilmente aplicable y aceptable para la población destinataria y los proveedores de salud. Igualmente, se cuenta con el apoyo del personal sanitario de todos los centros de salud participantes y de la OZS.

Este transversal programa, que contiene actividades de prevención primaria y secundaria, ha sido elaborado siguiendo las directrices del enfoque de género y de derechos humanos.

Los responsables del proyecto Né à Nikki (programa de salud materno-infantil en el distrito de Biró de la comuna de Nikki, Benín) miembros de sendas organizaciones que constituyen el contrato de colaboración (OAN y JEDES), asumen la responsabilidad de la evaluación de dicho proyecto. Para ello se requiere el trabajo conjunto y colaboración de todos los agentes implicados.

Recogida de datos.

El Ministerio de Salud del Gobierno de Benín ha diseñado un instrumento de recopilación de datos para el personal sanitario y otro para los trabajadores comunitarios para el registro de mujeres embarazadas que son utilizados a nivel nacional ([ANEXO 2](#)). Los datos que forman parte del registro del proyecto serán extraídos de estos, no aumentando con ello su carga de trabajo. Los datos se incluirán anonimizados.

La forma en que se llevará a cabo la codificación y las variables que incluirá el registro se encuentran en el [ANEXO 2](#).

Supervisión de los datos y control de calidad.

Se ha puesto en marcha un control de calidad para garantizar que se obtendrán los mejores datos posibles mediante el trabajo con el personal sanitario, los trabajadores comunitarios, los técnicos en terreno de ambas ONGs y la *animatrice* (animadora)^v.

^v Durante el documento se utilizará el término francés “animatrice” debido a que el término español animadora/locutora no se corresponde exactamente con la labor que va a llevar a cabo esta persona.

Análisis estadístico.

Los datos serán reportados por frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Medias, desviación estándar y valores máximos y mínimos para variables continuas. La distribución de las variables será examinada para detectar los valores atípicos como parte del control de calidad y análisis descriptivo de los datos.

Los datos recogidos en papel serán transcritos y analizados después utilizando Microsoft Excel y SPSS.

4. Alcance de la acción. Población diana.

La población destinataria de los objetivos generales del presente programa de salud se corresponde con los 14.516 habitantes del distrito de Biró⁴, incluyendo hombres y mujeres de distintas edades.

Específicamente, las beneficiarias directas son las mujeres en edad fértil de la región de Biró: 3.237⁴, **cobertura prevista del 80%: 2.589**. Y los menores de 5 años del distrito de Biró 2.323⁴ junto con los recién nacidos durante el próximo año que se estiman en 691^{vi,18}, **cobertura prevista del 80%: 2.411**.

Asimismo, serán beneficiarios directos el personal sanitario de los centros sanitarios de Biró y los trabajadores comunitarios asignados a este.

Se consideran neutrales los habitantes incluyendo hombres, mujeres y niños del distrito de Sérékale y el personal sanitario del centro de salud de dicho distrito. No se encuentran oponentes a la realización del presente proyecto.

5. Bloque de actividades.

PRIMER BLOQUE DE ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN PRIMARIA. *Actividades de promoción de la salud y empoderamiento comunitario.*

1.1 Fase de preparación: Formación de una “animatrice”; Ampliación de la formación específica de los trabajadores comunitarios, en metodología de sensibilización y salud materno-infantil y reproductiva.

Para ello, se ha establecido una metodología para la sensibilización acorde a los recursos humanos y materiales disponibles, y las barreras culturales presentes.

Animatrice: sesiones de formación sanitaria presenciales, que se complementarán a través de vídeos que permitan superar la barrera de la distancia entre ambos países. Además, la *animatrice* completará un aprendizaje práctico en las sensibilizaciones impartidas por personal sanitario en el centro de salud de Biró^{vii}.

^{vi} Datos aportados por el centro de salud de Biró (datos provenientes del Ministerio de Sanidad del gobierno de Benín).

^{vii} Durante el mes de agosto de 2017 se llevaron a cabo 7 sensibilizaciones comunitarias junto con el personal de este mismo centro, que sirvió como base para conocer la metodología presente y trabajar con ellos en su mejora, haciendo hincapié en la importancia de que fueran talleres participativos y añadiendo contenido teórico fundamental que servirá de base para la formación de la *animatrice*.

Trabajadores comunitarios: La actividad consistirá en aumentar sus conocimientos sobre salud materno infantil y reproductiva y fundamentalmente sobre metodología de sensibilización. Se efectuará mediante formación sanitaria presencial y añadiendo esta temática a las sesiones formativas de trabajadores comunitarios que se realizan cuatrimestralmente (organizadas por la OZS). Esto les permitirá ayudar en las sesiones de sensibilización comunitaria que se impartan en sus aldeas, mejorar los consejos de educación para la salud individual, y enriquecer el despistaje precoz y seguimiento de las mujeres embarazadas.

- Metas de la actividad:

1. Formar a una *animatrice* en conocimientos sobre salud materno-infantil, reproductiva y metodología de sensibilización en los próximos 2 meses.
2. Ampliar la formación de 21 trabajadores comunitarios del distrito de Biró en conocimientos sobre salud materno-infantil, reproductiva, y fundamentalmente en metodología de sensibilización en los próximos 2 meses.

- Normas de atención

- *¿Quién lo realiza?:* Personal sanitario del centro de salud de Biró (1 Encargado del centro(enfermero), 1 matrona, 1 auxiliar de enfermería) con los cuales se trabajó esta temática durante el mes de agosto 2017. 2 técnicos de OAN International estudiantes de Medicina que se desplazarán a terreno.
- *¿A quién?* 1 *Animatrice* (formación específica sanitaria como auxiliar de enfermería), 21 trabajadores comunitarios (ninguna formación superior sanitaria, conocimientos previos adquiridos en sesiones formativas que se llevan a cabo por los encargados de los centros de salud de la comuna)
- *Cómo se ejecuta:* **PROCEDIMIENTO I^{viii}** elaborado a partir de bibliografía de referencia.
- *¿Cuántas veces se ejecuta?:* En el caso de la animatrice los talleres se realizarán en 4 ocasiones separadas cada una de las mismas por dos semanas. La formación práctica se llevará a cabo 1 vez por semana durante 1 mes. Para los trabajadores comunitarios se efectuarán 2 sesiones. Los videotutoriales se les entregarán a aquellos que tengan aparatos electrónicos en los cuales reproducirlos, y se emitirán en los talleres formativos.
- *¿Dónde?:* Centro de Salud de Biró. Maison de la Gaani (Sede de Jedes Besen Sia). Hotel John (Sede de OAN International en Nikki).
- *¿Cómo se registra?:* Hojas de evaluación de los conocimientos adquiridos. Los mismos serán cumplimentados por la *animatrice* y los trabajadores comunitarios.

^{viii} Incluye el contenido de la formación, y la forma de llevarla a cabo para instruir de forma correcta. Igualmente, incluye la manera en que han impartirse las distintas sesiones de educación para la salud comunitaria, y su contenido teórico, salvando la barrera cultural, lingüística y de conocimientos. Ha dado lugar a la realización de un TFG (Celia Valderrama Álvarez, graduada en enfermería, responsable adjunta del programa).

- Normas de rendimiento:

*Preparación de cada sesión: 3 horas.

*Preparación videotutoriales: 6 horas.

*Taller: 2 horas/sesión.

*Número de sesiones: 4 (animatrice) + 2 (trabajadores comunitarios) → 6 en total.

Número total de horas: 36 horas.

1.2. Talleres de sensibilización comunitaria.

Talleres participativos de educación para la salud comunitaria que serán ejecutados por agentes locales de desarrollo. De esta manera se garantiza solventar la barrera cultural, idiomática y de lejanía que pudieran aparecer si fueran impartidos por extranjeros. Asimismo, se asegura la continuidad del proyecto. Los talleres tienen como destinatarios directos a las mujeres en edad fértil, pero también a mujeres de todas las edades, niños y hombres. Para que se produzca un cambio es importante que reciban educación sanitaria también los maridos y otros miembros de la familia.¹⁵

Los temas principales sobre los que versarán las sensibilizaciones son los siguientes:

1. Importancia de acudir a la **Consulta Prenatal al menos 4 veces** durante cada embarazo. Importancia de portar la cartilla de embarazo siempre que se acuda a un centro sanitario.
2. Signos y síntomas de embarazo.
3. **Signos y síntomas de alarma durante el embarazo y puerperio precoz**, poniendo especial énfasis en su pronta detección y traslado de la mujer encinta a un centro sanitario.
4. Importancia de **acudir a dar a luz a un centro sanitario** y de elaborar un “**plan para el parto**” en el que se incluya la emisión del **acta de nacimiento** del recién nacido.
5. La importancia y los beneficios de la **Planificación Familiar**.
6. La importancia de un estilo de vida saludable durante el embarazo y hábitos higiénico-dietéticos desde el nacimiento: vacunación, lactancia materna, dieta equilibrada y variada...

- Metas de la actividad:

1. Lograr una asistencia del 50% de la población diana durante el próximo año.
2. Lograr una asistencia de un 80% de las mujeres seguidas durante su embarazo al 40% de los talleres en el próximo año.
3. Empoderar y capacitar a las mujeres mediante el aumento de sus conocimientos en un 40 % el próximo año. Consiguiendo de esta manera que se alcancen las propuestas.
4. Incrementar en un 50% la demanda de consultas relacionadas con la detección por parte de la paciente o sus familiares de signos o síntomas de alarma en el próximo año.
5. Conseguir que el 90% de las mujeres embarazadas que han acudido a los talleres porten consigo la cartilla prenatal siempre que acudan a un centro sanitario.

- Normas de atención

- *¿Quién lo realiza?:* 1 *animatrice* (formada para llevar a cabo estos talleres). Además, siempre contará con la ayuda del personal sanitario del distrito de Biró, de los trabajadores comunitarios, de los técnicos en terreno de OAN International y de JEDES Besen Sia.
- *¿A quién?* Población diana del programa específico de salud, fundamentalmente mujeres en edad fértil del distrito de Biró. Sin embargo, debido al papel activo en lo referente a la salud materno-infantil y reproductiva que ejercen las “suegras” y los maridos, estos se convierten también en población destinataria directa de esta actividad.
- *Cómo se ejecuta:* **PROCEDIMIENTO I^{viii}** elaborado a partir de bibliografía de referencia
- *¿Cuántas veces se ejecuta?:* Los talleres se ejecutarán bimestralmente, en cada una de las 18 localidades pertenecientes al distrito de Biró. Asimismo, se aprovecharán todas las sensibilizaciones que se realicen de forma rutinaria en los centros de salud del distrito, a las que la animatrice pueda asistir, para impartirlas junto con el personal sanitario.
- *¿Dónde?:* Lugar de reunión de cada una de las aldeas (plaza, cruce de caminos, mercado...). Se trata de lugares públicos de fácil acceso, dónde se aglutinan personas de distintas edades y ambos sexos. Esto posibilitará que personas que no hayan podido recibir el aviso acudan al ver al resto de la población reunida. Se ha seleccionado efectuar las sensibilizaciones en las pequeñas aldeas y en lugares de reunión alejados de los centros de salud porque son estos lugares a los que no llega la información.
- *¿Cómo se registra?:* Hojas de registro (número de asistentes, edad y sexo) e impresiones de los monitores sobre el desarrollo de la intervención educativa, idealmente serán rellenas por al menos 3 evaluadores (*animatrice* y el resto de los encargados de impartir cada uno de los talleres).

- Normas de rendimiento:

- *Preparación de cada sesión: 2 horas.
- *Taller de educación para la salud comunitario: 1,5 hora/sesión
- *Desplazamiento: 1,5 horas. Cada día de salida se efectuarán sensibilizaciones en 2 aldeas.
- *Número de sesiones: 6 por localidad.

Número total de horas: 12 horas de preparación+ (108 sensibilizaciones x1,5 horas) + (108/2 x 1,5) desplazamiento= **255 horas.**

SEGUNDO BLOQUE DE ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN SECUNDARIA.

2.Despistaje, control y seguimiento del embarazo.

Despistaje precoz, considerando este cómo aquel que se lleva a cabo durante el primer trimestre, y posterior elaboración de un registro completo en el que se enumeren las mujeres embarazadas del distrito de Biró.

Esta actividad es una acción coordinada con la ZSNKP. Sirve de apoyo de una acción puesta en marcha por la OZS realizada por los trabajadores comunitarios. Se decide la inclusión de esta

actividad en nuestro proyecto, ya que la iniciada es deficitaria, tanto por falta de recursos humanos y materiales, como de conocimientos teóricos por parte de estos.

Los trabajadores comunitarios se están utilizando cada vez más en países de ingresos bajos para llevar a cabo proyectos en materia sanitaria y de esta manera abordar la escasez de recursos humanos ya que representan una herramienta simple y rentable. No obstante, las principales restricciones informadas para el éxito de estos son la motivación, y sus conocimientos teóricos.²¹

Igualmente, esta actividad incluye: **educación para la salud individual** a las mujeres embarazadas seguidas (fundamentalmente acerca salud materno-infantil y reproductiva, higiene, y alimentación); y **recordatorios** para que acudan a las CPN y a dar a luz a un centro sanitario (vía telefónica y/o presencial).

- Metas de la actividad:

1. Cribar el 80% de las mujeres embarazadas del distrito de Biró durante el próximo año.
2. Cribar de forma precoz el 50% de los nuevos embarazos en el distrito de Biró durante el próximo año.
3. Mejorar el acceso a la consulta prenatal de las mujeres seguidas durante su embarazo.
 - a. Conseguir que el 90% de las mujeres seguidas acudan al menos a 1 CPN durante el próximo año.
 - b. Conseguir que el 80% de las mujeres seguidas acudan al menos a 4 CPN durante el próximo año.
4. Aumentar el número de mujeres que acuden a dar a luz al centro de salud durante el próximo año.
 - a. Conseguir que el 90% de las mujeres seguidas acudan a dar a luz a un centro con personal sanitario cualificado durante el próximo año.
5. Promover la expedición de actas de nacimientos del 90% de los recién nacidos de madres seguidas durante su embarazo en el próximo año

- Normas de atención

- *¿Quién lo realiza?:* 1 Técnico de JEDES BESEN SIA en terreno, ayudado por 1 *animatrice*, y técnicos de OAN International (locales y extranjeros). Como se ha comentado en el punto anterior **la labor fundamental de seguimiento, despistaje y recordatorios de mujeres embarazadas será efectuada por los trabajadores comunitarios.**

- *¿A quién?* Mujeres embarazadas del distrito de Biró. Se incluyen todos los nuevos embarazos desde el inicio del programa, y todas aquellas mujeres embarazadas en el momento de la puesta en marcha.

- *Cómo se ejecuta:* **PROCEDIMIENTO II** elaborado a partir de bibliografía de referencia.

- *¿Cuántas veces se ejecuta?:* El despistaje y seguimiento se llevará a cabo de forma continua por parte de los trabajadores comunitarios. El refuerzo por parte de este programa se realizará

una vez cada dos meses en cada una de las localidades pertenecientes al distrito de Biró. Este apoyo servirá para ayudar en el despistaje, recordatorios y actualizar el registro.

- *¿Dónde?*: Cada una de las 18 aldeas pertenecientes al distrito de Biró.

- *¿Cómo se registra?*: Registro propio que incluye: Variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, clase social, nivel educacional, localidad de residencia), antecedentes personales relevantes y obstétricos, embarazo actual (fecha del despistaje, FPP, fecha de las consultas prenatales a las que ha acudido, en caso de que lo haya hecho, complicaciones, tipo de parto, fecha y lugar del alumbramiento, defunción hasta 42 días después del mismo, fecha consulta postnatal), datos del recién nacido (necesidad de reanimación, complicaciones, obtención del acta de nacimiento) **datos de contacto** (domicilio, teléfono de contacto si es posible).

- Normas de rendimiento:

*Despistaje de mujeres embarazadas en cada aldea: 1,5 horas.

*Actualización del registro: 1 hora/aldea.

*Desplazamiento: 1,5 horas. En cada día de salida se acudirá a 2 aldeas.

*Número de veces que se realiza la actividad: 6 por localidad.

Número total de horas: [(18 localidades x 6 veces) x (1,5 horas despistaje+1 hora actualización registro)] + [(8 x 1,5 desplazamiento) x 6]= **342 horas totales.**

TERCER BLOQUE DE ACTIVIDAD DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: *Actividades de participación y autorresponsabilización comunitaria.*

3.1 Acompañar y promover la obtención del certificado y acta de nacimiento. Plastificación de las actas de nacimiento emitidas.

Gracias al seguimiento del embarazo y fundamentalmente la educación para la salud que se llevará a cabo de forma individual y grupal, se procurará asegurar que las madres exijan la emisión del certificado de nacimiento tras el parto y conozcan el procedimiento para obtener el acta de nacimiento. Dicha acta será plastificada y entregada posteriormente en el centro de salud, o bien a ellas mismas, o a al jefe de la aldea.

Para esta actividad será necesario:

- A. Asegurarse regularmente que los certificados de nacimiento son enviados a la oficina del jefe del distrito (*bureau d'arrondissement*).
- B. Asegurarse regularmente que las actas de nacimiento son recibidas por las mujeres seguidas. Organizar campañas de distribución de las actas de nacimiento aun sin repartir.
- C. Plastificación de las actas de nacimiento para evitar su degradación.

- Metas de la actividad:

1. Conseguir que se emitan certificados de nacimiento en el 100% de los partos atendidos en centros sanitarios en el distrito de Biró durante el próximo año.
2. Lograr que el 90% de los hijos nacidos de las mujeres seguidas durante su embarazo obtengan un acta de nacimiento plastificado.

- Normas de atención

- *¿Quién lo realiza?*: Personal sanitario de los centros de salud del distrito Biró. Jefe del distrito. Personal del Ayuntamiento de Nikki. A (técnico de Jedes Besen Sia), B (animatrice junto con técnico de Jedes y OAN International y C (técnico Jedes Besen Sia)
- *¿A quién?* Recién nacidos en el distrito de Biró durante el próximo año, haya sido seguida o no la madre durante su embarazo.
- *Cómo se ejecuta*: **PROCEDIMIENTO III** elaborado a partir de bibliografía de referencia.
- *¿Cuántas veces se ejecuta?*: Tras cada uno de los partos que se lleven a cabo en el centro de salud de Biró. Una vez cada 2 meses en cada una de las aldeas, se aprovechará el mismo desplazamiento que se utiliza para la actividad 2.
- *¿Dónde?*: Centros de Salud del distrito de Biró. Localidades del distrito.
- *¿Cómo se registra?*: Registro propio, en el que se incluye la fecha del parto, edad de la madre, datos relativos al acta de nacimiento (si se emite o no, si se plastifica...), datos de contacto. Se complementa con el registro de la actividad 2.

- Normas de rendimiento:

- *Asegurarse de que las actas son enviadas al jefe del distrito: 0,5 horas
 - *Distribución actas de nacimiento: 1 hora
 - *Plastificación actas de nacimiento: 50 horas/total.
- Número de horas total: (1,5 x 108) +50= 212 horas.**

3.2 Reuniones para la implementación de mejoras y recogida de datos con el encargado (Mayor/enfermero jefe) del centro de salud de Biró y encargada (Mayor) del centro de salud de Sérékale.

Ya que creemos fundamental la participación activa del personal sanitario local, se efectuarán reuniones programadas con asiduidad para la puesta al día, notificar los resultados que se estén consiguiendo e introducir de forma consensuada los cambios que se consideren oportunos.

Además, se actualizarán los registros del proyecto en el centro de salud de Sérékale. Esta labor se hará fundamentalmente al inicio, a los 6 meses y al año.

3.3 Reuniones para la presentación del programa específico, avances y resultados con el Coordinador de la ZSNKP y el resto del personal de la OZS.

El coordinador de la zona sanitaria como máximo responsable de la salud en la comuna de Nikki ha aprobado la ejecución del proyecto. Ha exigido que se le mantenga informado de los avances del proyecto y de sus resultados.

3.4 Participación semestral en una jornada formativa con los encargados de todos los centros de salud de la comuna de Nikki para la presentación del programa específico, avances y resultados. Asimismo, en esta jornada se impartirán nociones teóricas y prácticas sobre metodología de sensibilización.

En la misma se presentarán los avances, se evaluarán las limitaciones y dificultades de su puesta en marcha y se expondrán los resultados del proyecto. Además, se llevará a cabo una formación

práctica en metodología de sensibilización, compartiendo la metodología empleada con el resto de las profesionales.

Ya hemos sido invitados a realizar esta actividad en dos ocasiones, lo que nos ha permitido dar visibilidad al proyecto y crear una red de trabajo conjunto que garantice su sostenibilidad.

- Metas de la actividad:

1. Conseguir mantener actualizado el registro de datos (3.2).
2. Recoger de forma correcta todos los datos aportados por los centros de salud de Biró y Sérékale durante el próximo año (3.2).
3. Trabajar de forma coordinada y conjunta con el personal sanitario del centro de salud de Biró (3.2).
4. Mantener informado de los avances y notificar de forma correcta los resultados al coordinador de la Zona Sanitaria (3.3).
5. Efectuar 3 talleres de formación teórico-práctica en metodología de sensibilización a los encargados de los centros de salud de la comuna de Nikki durante el próximo año (3.4).
6. Dar visibilidad al proyecto y crear una red de trabajo que garantice su sostenibilidad (3.4).

- Normas de atención

- *¿Quién lo realiza?:* 3 técnicos de OAN International en terreno (2 estudiantes de Medicina extranjeros, 1 local), 2 técnicos de Jedes Besen Sia, 1 *animatrice*.
- *¿A quién?* (3.2) Personal sanitario de los centros de salud del distrito de Biró y Sérékale, (3.3) Personal de la OZS, (3.4) encargados de los centros de salud de la comuna de Nikki.
- *Cómo se ejecuta:* **PROCEDIMIENTO IV** elaborado a partir de bibliografía de referencia.
- *¿Cuántas veces se ejecuta?:* (3.2) Con el personal sanitario de Biró de forma continua vía presencial/telefónica/mail; con la encargada de Serekali 3 veces. (3.3 y 3.4) 1 cada 6 meses, en total 3 veces cada una.
- *¿Dónde?:* (3.2) Centros de salud del distrito de Biró y Sérékale, (3.3 y 3.4) Oficina de la Zona Sanitaria Nikki-Kalalé-Péréré.
- *¿Cómo se registra?* (3.2 y 3.3) Se realizará un acta firmado por un representante de cada una de las partes en todas las reuniones que se lleven a cabo. (3.4) Se pasará un test a los enfermeros jefes que acudan al CODIR en el que se evalúen los conocimientos adquiridos durante la sesión.

- Normas de rendimiento:

- *Comunicación con el encargado del centro de salud de Biró: 40 horas
- *Reuniones y recogida de datos centro de salud de Sérékale: 1,5 horas/reunión.
- *Reunión Coordinador Zona Sanitaria: 1 hora/reunión.
- *Preparación sesión formativa y de presentación de resultados: 4 horas/sesión
- *Duración sesión con los encargados de los centros de salud: 2 horas/sesión

Número de horas total: $40 + (1,5 \times 3) + (1 \times 3) + (4 \times 3) + (2 \times 3) = 65,5$ horas totales.

3.5 Realización de encuestas poblacionales a un porcentaje representativo de la población diana.

Las encuestas que serán utilizadas serán encuestas de elaboración propia a partir de encuestas validadas de la OMS y UNICEF (APÉNDICE V). Serán llevadas a cabo al inicio y final del programa de salud a población escogida mediante un muestreo aleatorio, lo que nos permitirá obtener resultados representativos de la población diana del programa.

- Metas de la actividad:

1. Categorizar los objetivos en salud cualitativos (1.a, 1.f, 2.a).
2. Conseguir pasar las encuestas al 90% de la población escogida mediante muestreo.
3. Obtener conclusiones certeras acerca de la mejora de los conocimientos en cuanto a: salud materno-infantil y reproductiva, y el procedimiento de registrar y obtener el acta de nacimiento del RN.
4. Averiguar en qué medida ha aumentado la calidad de vida tras la realización del programa.
5. Evaluar la satisfacción de la población diana con el programa.

- Normas de atención

- *¿Quién lo realiza?:* 3 técnicos de OAN International en terreno (2 extranjeros, 1 local), 1 animatrice, 1 técnico de Jedes Besen Sia.
- *¿A quién?* Población obtenida mediante muestreo aleatorio de la población diana.
- *Cómo se ejecuta:* **PROCEDIMIENTO V** elaborado a partir de bibliografía de referencia.
- *¿Cuántas veces se ejecuta?:* Se ejecutará 1 vez durante los 2 primeros meses de inicio del programa, y otra durante dos meses tras la finalización de este.
- *¿Dónde?:* En cada una de las localidades del distrito de Biró.
- *¿Cómo se registra?* Cuadernos de registro anonimizados que posteriormente serán informatizados en el programa informático GoogleForms.

-Normas de rendimiento:

*Realización de encuestas poblacionales: 40 horas

Número de horas total: 40x2= 80 horas

6. Organización del trabajo.

A. CRONOGRAMA

El proyecto se pondrá en marcha en julio de 2018, la finalización está prevista para agosto 2019. En el [ANEXO 3](#) se incluye el diagrama de Gantt de las actividades.

B. PRESUPUESTO.

El **coste total del proyecto** del que se hacen cargo ambas Organizaciones (aportando un 50% cada una) **es de 1.296.593 XFA/ 1.970,82 euros**. Como [ANEXO 4](#) se incluye el presupuesto sintetizado del proyecto.

7.Evaluación.

a) PARÁMETROS A ANALIZAR.

Se evalúa el programa de salud materno-infantil y reproductiva en el distrito de Biró de la comuna de Nikki (Né à Nikki), mediante la verificación de la pertinencia, evaluación de la suficiencia, coherencia, apropiación, alineamiento y viabilidad. Su impacto se valora a través del análisis de la estructura, proceso, resultados y de la satisfacción de la población para de esta manera obtener conclusiones y formular propuestas de acción futura.

Los resultados de la evaluación se notificarán al encargado de la OZSNKP, los responsables de los centros de salud participantes y al resto de responsables de los centros de salud de la comuna de Nikki (en las sesiones formativas CODIR), así como a las juntas directivas de ambas organizaciones que establecen el acuerdo de colaboración. Por último, serán informadas todas las entidades financiadoras del programa.

El proceso de evaluación debe llevarse a cabo antes, durante y después. Se utiliza en este proyecto un nuevo enfoque de evaluación de proyectos con el que se pretende no únicamente aprender de los errores, sino trabajar en su **transformación**.

De forma breve se expone en el [ANEXO 5](#) el significado de los parámetros que permiten someter a examen el éxito o fracaso de una intervención y cómo se han evaluado antes de iniciar el proyecto. La respuesta a las preguntas que se plantean se encuentra a lo largo del programa (incluidas la justificación y la evaluación que se desarrollará a continuación), sin embargo, algunas de ellas únicamente podrán ser respondidas durante la puesta en marcha y finalización de este.

b) EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS.

Evaluar un programa es analizar las diferencias entre lo planificado, como hipótesis de trabajo, las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados. Es decir, confrontar lo realizado después de un cierto periodo, o al final del programa, con los objetivos trazados^{20,22}.

Los objetivos en salud, las metas y los indicadores han sido todos ellos propuestos de manera concienzuda, teniendo en cuenta en primer lugar, intervenciones similares llevadas a cabo en países en desarrollo, y en segundo las condiciones sociodemográficas y sanitarias del distrito elegido.

La evaluación se llevará a cabo a lo largo de todo el proceso, incluida la planificación. Se ha dividido en tres partes diferenciadas: **estructura, proceso y resultados**.

i. ESTRUCTURA.

Se trata de una medida indirecta de la calidad, ya que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación²². Incluye la cuantificación de los recursos humanos, materiales y financieros. Ha sido llevada a cabo durante la planificación.

A pesar de existir ciertas anomalías a nivel de la infraestructura de los centros de salud (específicamente la maternidad) y ciertas carencias formativas por parte del personal, después de trasladar la petición de mejora a la OZS, se considera que se dispone de unas condiciones “aceptables” para llevar a cabo el proyecto con los recursos disponibles.

Se espera, para la mejora de estos, la respuesta por parte de la zona sanitaria y la llegada de financiación externa cuando se presenten los resultados del programa.

En el [ANEXO 6](#) se incluye una tabla de elaboración propia con la evaluación de la estructura.

ii. PROCESO.

Será evaluado de manera continuada durante la ejecución de la intervención. Esto permitirá constatar aquellas diferencias entre el estándar y la actuación, y de esta manera introducir las modificaciones necesarias para el correcto desarrollo del programa. Se considera el enfoque más directo para evaluar la calidad.

Incluye las actividades que han sido realizadas y cómo se han realizado. Para ello se llevará a cabo:

1. Registro de las actividades y evaluación de la consecución de los objetivos de actividad propuestos (**monitorización de la actividad**). Cada una de las actividades incluye sus indicadores, estos se compararán con el estándar de actividad prefijado (metas de la actividad).
2. **Control de calidad** en el que se compare como se han hecho las actividades del programa con un estándar deseable fijado^{ix}.

iii. RESULTADO.

Mide el grado de realización de los objetivos y metas propuestas en el programa. Esta se llevará a cabo a los 6 meses de iniciado el mismo para comprobar su viabilidad y posteriormente al año, tras la finalización del programa. Consta de:

1. La **monitorización de la cobertura del programa**, teniendo en cuenta los sesgos de cobertura (estos serán especificados tras realizar la evaluación, presumiblemente se verán influidos por la accesibilidad, autoselección...) y la proporción de abandonos (porcentaje de participantes

^{ix} Se desarrolla de manera más detallada en las normas de atención de cada una de las actividades.

iniciales que abandonan el programa). Se calcula: (Nº de individuos que entran en contacto con el programa/ población diana) x 100.

2. El **cálculo de la efectividad**: impacto de la intervención en el conjunto de la población diana. Se computa como una división entre el efecto del programa y el efecto planeado. **Efectividad del programa= (Efecto del programa/Efecto planeado) x100 = [(RR-RO) / (RR-RP)]x100**

***Estimación del efecto del programa**: diferencia entre el resultado de referencia (-RR- estimación del resultado en caso de que no hubiera habido programa) que en este caso se corresponde con los resultados en el distrito control: Sérékale; menos el resultado obtenido (-RO- medición del resultado después de la realización del programa). (RR-RO)

***Estimación del efecto planeado**: es la diferencia entre el resultado de referencia (RR) y el resultado planeado (-RP- metas en salud fijadas durante la planificación del programa). (RR-RP)

3. **Calculo de la eficiencia**, se relacionan los costes del programa incluidos en el apartado de presupuesto con la efectividad de este.

Se efectuará una evaluación de coste/efectividad, en la cual se tendrán en cuenta tanto los gastos directos que corresponden a los recursos utilizados durante el programa, como los efectuados por los usuarios. Asimismo, se intentarán considerar los costes indirectos.

c) PROPUESTA DE INDICADORES DE RESULTADOS Y PROCESO.

OBJETIVO GENERAL 1 (OG1). Mejorar la salud materno infantil y reproductiva en el distrito de Biró.	
1.a Tasa de conocimientos sobre salud materno-infantil y reproductiva de las mujeres encuestadas tras la realización del proyecto / tasa de conocimientos de las mujeres encuestadas previo a la realización del proyecto x 100.	*Mujeres seguidas durante su embarazo que han acudido al menos a 1 consulta prenatal / mujeres previstas para seguimiento x 100. *Mujeres seguidas durante su embarazo que han acudido al menos a 4 consultas prenatales / mujeres previstas para seguimiento x 100. *Porcentaje de mujeres embarazadas del distrito de Biró que acuden al menos 4 CPN durante su embarazo / porcentaje de mujeres embarazadas del distrito de Sérékale que acuden al menos 4 CPN durante su embarazo.
1.b. Tasa de mortalidad materna de la comuna de Nikki en los próximos 5 años.	*Número de mujeres del distrito de Biró que acuden a dar a luz a un centro sanitario / número de mujeres embarazadas x 100. *Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a dar a luz a un centro sanitario en el distrito de Biró en el próximo año / Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a dar a luz a un centro sanitario en el distrito de Sérékale en el próximo año.
1.c. Tasa de mortalidad perinatal, neonatal (precoz y tardía) en la comuna de Nikki en los próximos 5 años.	
1.d Tasa de complicaciones maternas (incluyendo derivaciones urgentes al hospital de referencia) en el distrito de Biro tras la realización del proyecto	*Mujeres en edad fértil del distrito de Biró que acuden a consulta de planificación familiar / Mujeres en edad fértil del distrito de Biró x100 *Porcentaje de mujeres en edad fértil del distrito de Biró que acuden a consulta de planificación familiar en el próximo año / Porcentaje de mujeres en edad fértil del distrito de Sérékale que acuden a consulta de planificación familiar en el próximo año.
1.e Tasa de complicaciones del recién nacido (incluyendo derivaciones urgentes al hospital de referencia) en el distrito de Biro tras la realización del proyecto.	
1.f Porcentaje de mejora de la calidad de vida de las mujeres encuestadas con embarazos de riesgo tras la realización del proyecto.	
1.g Mujeres a las que se realiza un despistaje precoz y se sigue durante su embarazo durante el próximo año / total de mujeres embarazadas del distrito de Biro x 100.	

Tabla 3 de elaboración propia en la que se presentan los indicadores del OG1.

OBJETIVO GENERAL 2 (OG2). Mejorar la identidad personal y jurídica, facilitando la expedición de actas de nacimiento a los recién nacidos del distrito de Biró.
2.a. Conocimientos en cuanto a cómo llevar a cabo el registro del recién nacido y la importancia de hacerlo de las mujeres encuestadas tras la realización del proyecto / conocimientos de las mujeres embarazadas encuestadas previo a la realización del proyecto x 100.
2.b Número de recién nacidos del distrito de Biro que obtienen un acta de nacimiento en el próximo año / total de recién nacidos durante el próximo año x 100. -Porcentaje de recién nacidos del distrito de Biro que obtienen un acta de nacimiento en el próximo año/ Porcentaje de recién nacidos del distrito de Sérékale que obtienen un acta de nacimiento en el próximo año. -Número de recién nacidos de mujeres seguidas durante su embarazo que obtienen un acta de nacimiento plastificado durante el próximo año / total de recién nacidos durante el próximo año x 100.
2.c Número de menores de 5 años del distrito de Biro que obtienen un carné de identidad en los próximos 2 años / número de menores de 5 años del distrito de Biro x 100.
2.d Número de menores de 5 años del distrito de Biro que obtienen un acta de nacimiento en los próximos 2 años / número de menores de 5 años del distrito de Biro x 100.

Tabla 4 de elaboración propia en la que se presentan los indicadores del OG2.

8. Discusión y conclusiones. Formulación de propuestas de acción futura.

Desde 1990, el mundo ha avanzado considerablemente en lo que se refiere a supervivencia infantil. No obstante, para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible es fundamental acelerar la disminución de la mortalidad perinatal y neonatal fundamentalmente en los países en vías de desarrollo¹⁰.

Igualmente, en los países del Norte, es casi inimaginable que una mujer no lleve a cabo un correcto control prenatal (con 12 visitas) y acuda a un centro sanitario a dar a luz. Asimismo, el uso de métodos anticonceptivos está a la orden del día, y se dispone de registros para los RN en los mismos hospitales. Por todo esto, se torna en catástrofe la muerte de una mujer por una causa prevenible. Por ejemplo, la TMM en España es de 5/100.000 nacidos vivos, frente a 336/100.000 nacidos vivos en Benín²³.

Tanto la mortalidad perinatal como la materna son indicadores del mal estado de los servicios de salud de un país¹⁰.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de intervenciones centradas en la mejora de la atención prenatal, en aspectos prácticos durante el trabajo de parto y en la mejora de las infraestructuras de manera aislada. Sin embargo, la manera más efectiva de conseguir resultados reales es mediante un **conjunto de intervenciones de prevención primaria y secundaria**⁸ (unidas a las anteriores) que **incluyan educación para la salud y trabajo por parte de trabajadores comunitarios**^{13,14,15}. De esta manera se aumenta la afluencia de las mujeres a la consulta prenatal, a centros sanitarios a dar a luz, pero también se consigue una detección temprana de signos y síntomas de alarma, alargamiento del periodo intergenésico y disminución de embarazos no deseados (relacionados todos ellos con mayores tasas de complicaciones y de mortalidad).

Tras la realización del programa de salud, la obtención de los resultados y la comparación de estos con el grupo control se presentarán tanto a la OZS, como a entidades financiadoras externas, en búsqueda de fondos y permisos para extender el programa. Ya que, para garantizar el cumplimiento total de los objetivos, se requiere de su ampliación, adaptándolo conforme a los datos recopilados en la evaluación. Por tanto, el alcance de la acción dependerá en gran medida de la consecución de las metas fijadas y de la obtención de los medios necesarios. De este modo si los resultados son positivos en esta primera fase piloto, la actuación se extenderá a otras regiones, llevándose a cabo en el resto de los distritos de la comuna de Nikki (151.232 habitantes⁴).

9. Aspectos éticos.

El proyecto cuenta con la aprobación por parte del comité ético de investigación del Hospital Universitario Río Hortega, de la ONGD OAN International y de su comité ético.

Además, se cuenta con la autorización por escrito del máximo responsable de la misma (el coordinador de la zona sanitaria), la aquiescencia del encargado del centro de salud del distrito donde se efectuará la acción (Biró) y de la encargada del centro de salud del distrito que se utilizará como control en la evaluación (Sérékale).

En caso de que fuera necesario añadir alguna información específica sobre alguna participante se le pedirá de forma expresa el consentimiento informado oral y se dejará constancia de este. Todos los datos serán tratados codificados y de manera confidencial. Los participantes tendrán el derecho a retirarse en cualquier momento.

10. Otros.

Se adjuntan a continuación los [ANEXOS](#). Debido a la gran extensión del trabajo no se añaden los procedimientos de las actividades. Algunos de estos procedimientos han dado lugar a un TFG de una graduada en enfermería en la Universidad de Valladolid (responsable adjunta del programa)^x. Se encuentran disponibles mediante petición por correo a g.olmedo@oaninternational.org.

11. Conflicto intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

12. Bibliografía.

1. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano 2015. Naciones Unidas. Nueva York, 2015.
2. Deuxième plan opérationnalisation (2012-2015). Stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Ministère de la Santé. Cotonou, 2011

^x **TFG:** Valderrama C, González C. Maru Dangaruu. Modelo de sensibilización comunitaria en la comuna de Nikki (Benín) a partir de la evaluación de un proyecto piloto. Universidad de Valladolid. Valladolid, 2018.

3. Fraile E. Proyecto Bes Sè Gonrou. La radio comunitaria como estrategia de intervención psicosocial con mujeres adolescentes supervivientes de matrimonios forzados en Nikki, Benín. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2017.
4. Aïfa J, Tchandou R, Hounkpatin H, Atchade M, Zocli L. Annuaire des Statistiques sanitaires année 2015. Zone Sanitaire de Nikki-Kalalé-Péréré. Direction départementale de la Santé Borgou-Alibori. Ministère de la Santé. Nikki, 2016.
5. Lafia O. Plan de Développement Communal (PDC) 2017-2021. Commune de Nikki. Département du Borgou. Ministère de la décentralisation et de la gouvernance locale. Ciradel, 2017
6. Instituto Nacional de Estadística (España). 2016. [29/05/2017- 12/02/2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
7. **TFG:** Diego I, Casado V. Diagnóstico de salud comunitario: Comuna de Nikki, Benín. Universidad de Valladolid, 2018.
8. **TFG:** López A, Rosell I, Almaraz A. Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki (Benín). Universidad de Valladolid, 2018
9. United Nations Children's Fund, Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration, UNICEF, New York, 2013
10. Owolabi A T, Fatusi A O, Kuti O, Adeyemi A, Faturoti S O, Obiajuwa P. Maternal complications and perinatal outcomes in booked and unbooked Nigerian mothers. Singapore Med J 2008; 49(7): 526
11. Who.int [Internet] Ginebra: 2015 [Actualizado 8 diciembre 2015, citado 15/02/2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/08-12-2015-from-mdgs-to-sdgs-who-launches-new-report>.
12. Darate R. Rapport des activités cliniques année 2015. Hospital de zone Sounon Seró de Nikki. Zone Sanitaire de Nikki-Kalalé-Péréré. Direction Départementale de la Santé Borgou-Alibori. Ministère de la Santé. Nikki, 2016
13. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. The Cochrane Library 2015, Issue 12
14. Zohra S. Lassi, Philippa F. Middleton, Zulfiqar A. Bhutta, Caroline Crowther. Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Glob Health Action 2016, 9: 31408
15. Oona M R Campbell, Wendy J Graham. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368 1284-99
16. Deuxième plan d'opérationnalisation (2012-2015). Stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Ministère de la Santé. Cotonou, 2011. Available from: http://www.sante.gouv.bj/documents/DSME/2eme_Plan_operationnel_RMMN_2012_2015.pdf
17. Comunicación personal: Datos aportados por el encargado del centro de salud de Biró, pertenecientes al ministerio de sanidad de Benín
18. Farreras, C. Rozman et al. Medicina Interna. XVII Edición. Barcelona: Elsevier. 2012
19. Beckmann C, Ling F, Herbert W, et al. Obstetricia y Ginecología. Séptima edición. Barcelona: Wolters Kluwer Health, 2014.
20. Pineault R, Davelou C. La planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Segunda Edición. Masson,SA: Barcelona, 1990.
21. Llywelyn Strachan, Karin Källander, Maureen Nakirunda, Sozinho Ndima, Abel Muiambo, Zelee Hill. Using theory and formative research to design interventions to improve community health worker motivation, retention and performance in Mozambique and Uganda. Strachan et al. Human Resources for Health (2015) 13:25
22. Abanades JC, Prieto A, Casado V, Garcia L. Programas de salud. Documentación de apoyo para planificación de programas. Castilla y León: Consejería de Bienestar Social. Valladolid, 1986.
23. Biaou A. Principaux Indicateurs socio-démographiques et économiques (RGPH-4, 2013). Institut National de la Statistique et de l'analyse économique (INSAE). Benín, 2016.

13. Anexos

ANEXO 1.

En dicho anexo se añade información acerca de la justificación del programa de salud. Contiene intervenciones similares llevadas a cabo en países en vías de desarrollo y los resultados de la investigación llevada a cabo en terreno por OAN International.

- Una intervención coordinada en 3 distritos en Etiopia entre 2010 y 2013 (38.312 nacimientos), se centró en el fortalecimiento de las instituciones existentes en las zonas rurales, aumentar la capacidad y la calidad del trabajo en las instituciones de salud, y aumentar las referencias a hospitales a través del trabajo de trabajadores comunitarios: redujo un 64% la mortalidad materna (a pesar de los resultados obtenidos en los metaanálisis en los que se afirma que no se reduce la mortalidad materna), incrementó un 20% el número de mujeres que acudían a 4 o más consultas prenatales y disminuyó un 10,5% el número de mujeres que daban a luz en sus domicilios.¹
- Un programa de atención prenatal llevado a cabo en Egipto (2016) afirma que un pobre seguimiento del embarazo (3 o menos consultas prenatales) conlleva 12 veces más riesgo de resultados maternos adversos, y 53 veces más riesgo de resultados fetales adversos. Además, es responsable del 15% de las muertes maternas².
- Una encuesta realizada en Ghana (n= 4868 mujeres), demostró que la CPN de alta calidad reduce a la mitad la Odds-ratio de tener una muerte fetal, y afirma que esta actúa desde la prevención directa de complicaciones y desde la promoción de la asistencia medicalizada de los partos³.
- Un estudio controlado en la India ha demostrado que la asistencia a consulta prenatal predice un aumento de las posibilidades de acudir a dar a luz a un centro sanitario (OR=3,9)⁴.

Los factores más enérgicamente implicados en un correcto seguimiento del embarazo son la escolarización (más de 15 años de estudios aumenta la asistencia a CPN al 100%) y una gestación deseada pues los embarazos no deseados son más proclives a no acudir a CPN.⁴

Investigaciones realizadas por el equipo biosanitario de OAN International en la comuna de Nikki concluyen, mediante un estudio de casos y controles retrospectivo, que la consulta prenatal es un factor de peso significativo sobre la mortalidad neonatal precoz reduciéndola de un 60 % a un 40 % ($p=0.023$)⁵. Y a través de un estudio observacional mixto cualitativo/cuantitativo que “los profesionales locales consideran una prioridad sensibilizar a las familias sobre la importancia de acudir a los centros, ya durante el embarazo a la CPN (percibida como necesaria y como hecho aislado y no continuado), sin esperar a que haya complicaciones, ya que se trata de un punto crítico.”⁶

ANEXO 2.

Se incluye la manera en que se realiza la codificación de los datos y las variables que incluirá el registro del programa. Además, se adjunta la hoja de registro de la CPN y del Recién Nacido propuestas por el Ministerio.

La codificación se efectuará incluyendo en el registro las tres primeras letras de la localidad de origen y un número de 3 cifras en estricto orden (ejemplo Biró primera paciente: BIR001).

El registro comprende las siguientes variables:

- ⌘ Variables sociodemográficas: edad materna, estado civil, ocupación, clase social, nivel educacional, localidad de residencia (distancia al centro sanitario).
- ⌘ Antecedentes personales relevantes y obstétricos.
- ⌘ Embarazo actual: fecha del despistaje, fecha prevista de parto (calculada a partir de la altura uterina^{xi}) fecha de las consultas prenatales a las que haya acudido, complicaciones (hiperémesis gravídica, infecciones del tracto urinario u otras, amenaza de aborto, preeclampsia, detección de azúcar en tiras de orina, ...), derivación al centro de referencia (HSS), tipo de parto (vía vaginal: eutócico, distócico; cesárea) fecha y lugar (centro sanitario o no), fecha de la consulta postnatal, defunción (durante el embarazo, parto o hasta los 42 días después del parto).
- ⌘ Relacionadas con el recién nacido: necesidad de reanimación, presencia de complicaciones, obtención del acta de nacimiento, fallecimiento

^{xi} La mayor parte de ellas desconocen la fecha de última regla y no hay disponibilidad de ecógrafos en los centros de salud rurales.

REPUBLIQUE DU BENIN
 MINISTERE DE LA SANTE
 CARTE MATERNELLE (C3)

Nom de jeune fille:

Age:

Village/Quartier/Domicile

Date de 1er Visité / /
 Jour Mois Année
 GARE (Grossesse A Risque Elevé) Qui: / / Nom: / / Date: / /
 Prénoms: Nom et Prénoms du Procréateur:

Ethnie: Profession:

Partie: Taille:

Nombre d'enfants vivants:

DDR:

Date présumée de l'accouchement:

FACTEURS DE SURVEILLANCE:

Age < 16 ans
 > 35 ans

Taille: < 1,50 m

Boiterie:

Parti>6

Gésariennes au dernier accouchement

Mort-né au dernier accouchement

Diépanostose SS ou SC

HTA connue

Autres factures

PLAN POUR ACCOUCHEMENT

Lieu de l'accouchement

Accoucheur compétent identifié

Contact de l'accoucheur

Mode de transport

Accompagnant identifié

Garde des enfants a la maison

Déclateur en l'absence du mari

Epargne pour l'accouchement

donneur de sang prévu

VACCINATION

VAT 1

VAT 2

VAT 3

VAT 4

VAT 5

Femme complètement vaccinée

Eléments surveillance	1 ^{er} trimestre			2 ^{eme} trimestre			3 ^{eme} trimestre		
	1 ^{ere} Visite Obligatoire	2 ^{eme} Visite Obligatoire	3 ^{eme} Visite Obligatoire	1 ^{ere} Visite Obligatoire	2 ^{eme} Visite Obligatoire	3 ^{eme} Visite Obligatoire	1 ^{ere} Visite Obligatoire	2 ^{eme} Visite Obligatoire	3 ^{eme} Visite Obligatoire
Mois de grossesse									
TA									
BDC									
Urines (alb / Sucre)									
Poids									
IMC = Poids / taille ²									
Périmètre ombilical									
HU									
Oedèmes									
Ictère									
Saignement									
Conjonctives									
Présentation									
Examen de sein									
Test VIH (Cocher Oui ou Non)									
PTME fait (Cocher Oui ou Non)									
Déparasitant									
Fer/Acide folique									
TP/SP 1 ^{ere} dose									
TP/SP 2 ^{eme} dose									
Prévention du paludisme									
IEC/MI									
Acquisition MILL D(O/N)									
Avez-vous dormi sous MILLD la nuit dernière? (O/N)									
Température									
Anémie									
Autres risques									
Ref pour CPN									
Ref pour accouchement									
IEC/PMA nut									
Date de rendez-vous									
Recherche active									

TP/SP: Traitement Préventif Intermitent / Sulfadoxine-Pyriméthamine
 MILLD: Moustique Imprégnée d'Insecticide à Long Durée d'Action

REPUBLIQUE DU BENIN
 MINISTERE DE LA SANTE
 Département : Commune :
 ZS :
 Centre de Santé :

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénoms de l'enfant :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /
 Jour Mois Année

Date 1^{ère} Visite : / /
 Jour Mois Année

Village/Quartier/Domicile :

Nom et prénoms de la mère :

Age : / /

Niveau d'instruction :
 (Ancien/ Primaire/ Secondaire (1^{er} Cycle)/
 Secondaire (2nd Cycle)/ Supérieur)

Profession :

Téléphone :

Nombre d'enfants vivants : / / /

Nom et prénoms du père :

Téléphone :

ETAT A LA NAISSANCE

A terme oui Non

Prématuré oui Non

Poids de naissance : / / (grammes)
 oui Non

Réanimé oui Non

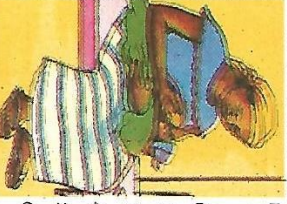
Mise au sein précocée oui Non

Solus usuels oui Non

ALLAITEMENT MATERIEL EXCLUSIF PENDANT 6 MOIS

Ecrire O pour Oui et N pour Non

6 Semaines	<input type="checkbox"/>	Continuité de l'allaitement maternel	Donner autre chose que le lait maternel
10 Semaines	<input type="checkbox"/>		
14 Semaines	<input type="checkbox"/>		
4 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>		
5 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>		
6 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>		



COMMENCER LE REMPLISSAGE DE LA CARTE INFANTILE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

VACCINATION, ADMINISTRATION VITAMINE A, DÉPARASITAGE, MILD

	Date de rendez-vous	Dates réelles
Déparasitage Vitamine A fer/Acide folique	36 Mois	
Déparasitage Vitamine A fer/Acide folique	30 Mois	
Déparasitage Vitamine A fer/Acide folique	24 Mois	
Déparasitage Vitamine A fer/Acide folique	18 Mois	
Déparasitage Vitamine A fer/Acide folique	12 Mois	
Étéver jauné	9 Mois	
Rougeole et diphtérie au VIH fer/Acide folique MILD	6 Mois	
Vitamine A fer/Acide folique	14 Semaines	
Penta 3 (DTC3+HepB3+Hib3) PCV13 3	10 Semaines	
ROTA 3	6 Semaines	
Penta 2 (DTC2+HepB2+Hib2) Polio 2	10 Semaines	
PCV13 2	6 Semaines	
ROTA 2	6 Semaines	
Penta 1 (DTC1+HepB1+Hib1) Polio 1	6 Semaines	
PCV13 1	6 Semaines	
ROTA 1	6 Semaines	
Polio 0	0 Mois	
BCCG		


BONNE HYGIENE

Lave les mains au savon et à l'eau avant de :

- préparer les aliments ;
- donner à manger ou allaiter les enfants.

Et après :

- être passé aux toilettes ;
- avoir changé les couches des bébés.



Garder votre environnement propre et sec.

ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE 6 A 24 MOIS

⇒ Commencer par donner des aliments complets à partir de 6 mois ;

⇒ La nourriture devra être mûlle, en puree et variée ;

⇒ Nourrir 3 à 4 fois dans la journée conformément à l'âge de l'enfant ;

⇒ Donner aussi 1 à 2 fois par jour des collations (aliments nutritifs) entre les repas ;

⇒ Continuer l'allaitement jusqu'à 24 mois et plus.


ALIMENTATION A L'AGE DE DEUX ANS ET PLUS

⇒ S'alimenter en famille 3 à 4 repas par jour ;

⇒ Donner des conseils sur l'alimentation en général ;

PLANIFICATION FAMILIALE


- La mère utilise-t-elle une méthode moderne de PP? Oui Non
- Si non, donner les conseils pour l'adoption d'une méthode.



PREVENTION CONTRE LE PALUDISME

Ecrire O pour Oui et N pour Non

Acquisition de MILD la veille	Utilisation de MILD la veille	Donner des conseils sur la prévention du paludisme.
6 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 ^{ème} Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PTME

Ne rien mettre dans les cellules

DATE	R	NR	I
PCR (1) 6 semaines			
PCR (2) 6 à 8 semaines après le sevrage			
Sérologie 12 mois			
Sérologie 18 mois			

ATTENTION PLUS ACCRUE DEVANT LES CAS SUIVANTS :

Cocher avec dans les fonctions où c'est applicable.

- Naissance de poids inférieur à 2500g :
- Naissance intervalelle de moins de 2ans :
- Jumeaux issus de parents isolés :
- Nouveau-nés exposés :
- Enfant mal nourri :
- Décès maternel
- Tout décès de frère/sœur :
- Handicaps
- Autres :

Actions menées :

ENFANT MALADE

⇒ Alligier fréquemment et augmenter la consommation d'aliments et de liquide ;

⇒ En cas de diarrhée, donner Orasel et zinc ;

⇒ Rechercher systématiquement tout signe de maladie et orienter.

SUIVI DES RENDEZ-VOUS

DATES	RDV	CODE	Recherche Active
3	RDV pour problème cutané	1	0
2	RDV pour croissance	1	0
1	Rattrapage Vaccinal	1	0
0	Visite normale	1	0
	Code RDV		

ANEXO 3.

Cronograma resumido de las actividades del programa. Además incluye procesos fundamentales de la puesta en marcha de este.

Meses	2016	2017	2018									2019								
	1-12	1-12	1-6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
ACTIVIDADES																				
FASE PREVIA (0).																				
0.1. Fase de investigación preliminar en terreno llevada a cabo por el comité biosanitario de la ONGD OAN International (realización de 3 TFGs).																				
0.2 Investigación y realización de diagnóstico de salud y priorización de problemas.																				
0.3 Análisis de situación, contexto, y conclusiones de las investigaciones previas.																				
0.4 Estudio de las condiciones de los centros de salud de la comuna de Nikki y toma de contacto con los responsables de estos.																				
0.5 Acuerdo de colaboración con la ONGD Jedes Besen Sia.																				
0.6 Fase de planificación del proyecto.																				
0.7 Fase de toma de contacto de los técnicos de OAN en terreno con las diferentes partes involucradas en el proyecto.																				
Fase de puesta en marcha (A)																				
Actividad 1.1.																				
Actividad 1.2																				
Actividad 2																				
Actividad 3.1																				
Actividad 3.2																				
Actividad 3.3																				
Actividad 3.4																				
Actividad 3.5																				
EVALUACIÓN (E).																				
Evaluación de estructura (E.1).																				
Evaluación de proceso (E.2).																				
Evaluación de resultados (E.3).																				
Evaluación de la satisfacción de la población diana con el programa y presentación de resultados (E.4).																				

ANEXO 4.

Tabla 4. Presupuesto sintetizado del proyecto.

Todos los gastos presentados están en francos CFAS (XFA) y euros (€), siendo en el momento actual el cambio de divisa: 1 euro= 657,43 XFA (08/05/2018).

El **coste total del proyecto** del que se hacen cargo ambas organizaciones (aportando un 60% la organización extranjera y un 40% la organización local) **es de 1.296.593 XFA/ 1970,82 euros.**

ACTIVIDAD	GASTOS DE LAS ACTIVIDADES DESGLOSADOS	MEDIOS NECESARIOS	Precio Unidad	Número de veces	Número de personas	CANTIDAD(CFAS)	EUROS
A 1.1	D.1 Formación de la animatrice.	Salario de la animatrice	36.000	12	1	432.000	666
	D. 2 Talleres formativos.	Material de papelería (fungible)	6.500	-	-	6.559	10
A 1.2	D. 3 Talleres de sensibilización comunitaria	Desplazamiento	3.000	108	2	318.000	483
		Dietas	500	108	1	54.000	82
		Material de papelería (trípticos, carteles) (fungible)	32.797	-	-	32.797	50
		Gongoné (aviso comunitario a través de encargado con tambor)	500	102	1	51.000	77
A 2	D. 4 Toma de contacto e intercambio con los agentes comunitarios del distrito de Biro.	Desplazamiento	3.000	34	1	102.000	155
		Dietas	1.000	34	1	34.000	52
	D. 5 Crear y actualizar regularmente una base de datos de mujeres embarazadas del distrito de Biró	Comunicación	2.000	12	1	24.000	36
		Material de papelería (fungible)	6.559	1	1	6.559	10
		Dietas y transporte	Los mismos que la actividad D.3				
	D.6 Recordatorios a las mujeres embarazadas seguidas (fechas CPN, actas de nacimiento...)	Comunicación	3.000	12	1	36.000	55
A 3.1	D.7 Asegurar regularmente que las declaraciones de nacimiento son enviadas a la administración del distrito	Los mismos que la actividad D.3					

	D.8 Crear y actualizar periódicamente una base de datos de actas de nacimientos consumados y potenciales en la administración del distrito						
	D.9 Organizar campañas de distribución de actas de nacimiento no distribuidas aun en los centros de salud	Maquina Plastificadora (fungible)	40.000	-	-	40.000	61
		Material de plastificación	20.000	-	-	20.000	30
		Desplazamiento	Los mismos que en la actividad D.3				
		Dietas					
A 3.2	Toma de contacto e intercambio con el personal de los centros de salud implicados	Desplazamiento	3000	3	2	18.000	27
		Dietas	1.000	3	1	3.000	5
A 3.3	Reuniones con el coordinador de la zona sanitaria.	Ningún medio					
A 3.4	Participación semestral en una jornada formativa con los encargados de todos los centros de salud de la comuna de Nikki	Material de papelería (fungible)	6.559	-	-	6.559	10
A.3.5	Realización de encuestas poblacionales	Material de papelería (fungible)	13.119	1	1	13.119	20
		Desplazamiento	3.000	8	2	48.000	73
EVALUACIÓN (E)	Evaluación continuada y a mitad y final de proyecto	Desplazamiento	3.000	3	3	27.000	41
		Dietas	1.000	3	3	9.000	14
		Impresión y fotocopia de documentos (fungible).	5.000	3	1	15.000	23
TOTAL						1.296.593CFAS	1970,82€

ANEXO 5.

Tabla 5. Tabla de elaboración propia a partir de bibliografía⁷. En ella se encuentra el significado de estos parámetros y cómo los hemos evaluado antes de iniciar el proyecto. La respuesta a las preguntas que se plantean se encuentra a lo largo del programa descrito (incluidas la justificación y la evaluación que se desarrollará a continuación), sin embargo, algunas de ellas únicamente podrán ser respondidas durante su puesta en marcha y finalización.

PERTINENCIA: <i>Adecuación de la acción al contexto.</i>	<p>¿Se corresponde la intervención con las prioridades y necesidades de la población local?</p> <p>¿Contribuye directa y considerablemente a mejorar la salud de la población? Si durante el proceso se producen cambios, ¿existe adaptación a los mismos?</p>
SUFICIENCIA: <i>Se aplica para averiguar si el problema de salud se ha definido con claridad, y para examinar si el programa se ha formulado debidamente.</i>	<p>¿Se ha definido con claridad la extensión, gravedad, vulnerabilidad, repercusión local y tendencia en el tiempo del problema?</p> <p>¿Se han fijado objetivos y metas a largo, medio o corto plazo? ¿Están claramente definidos?</p> <p>¿Está definida la población a la que va dirigida el programa y cada una de las actividades?</p> <p>¿Se ha definido el proceso de evaluación a seguir?</p>
COHERENCIA: <i>Idoneidad de la estructura interna del proyecto.</i>	<p>¿Se corresponden los problemas identificados con los objetivos propuestos?</p> <p>¿Son adecuadas las actividades a los recursos y el contexto presentes?</p> <p>¿Complementa esta intervención otros programas? ¿Se aprovecha dicha sinergia?</p>
APROPIACIÓN: <i>Liderazgo de los socios locales.</i>	<p>¿En qué medida participa la contraparte local en diseño, aplicación, gestión, seguimiento y evaluación de la intervención?</p>
ALINEAMIENTO: <i>Asimilación de estrategias y procedimientos locales.</i>	<p>¿Se adapta el presupuesto a la situación local?</p> <p>¿Se tienen en cuenta las estrategias y programa de desarrollo de Benín y, más en concreto, de la Comuna de Nikki? ¿Se incluyen medidas para fortalecer las capacidades locales? ¿En qué medida existe transparencia con la entidad receptora?</p>
VIABILIDAD: <i>Sostenibilidad futura del proyecto. Continuación de los beneficios de la intervención después de que haya cesado la asistencia.</i>	<p>¿Se mantienen los beneficios de la intervención una vez retirada la ayuda externa? Es decir, ¿la <i>animatrice</i>, los agentes de salud, y los profesionales sanitarios poseen los medios y los conocimientos necesarios para poder continuar sin nuestra presencia?</p> <p>¿Se siguen generando los recursos necesarios para las actividades?</p>
IMPACTO: <i>Efectos globales de la intervención.</i>	<p>¿Se ha logrado un impacto positivo sobre los beneficiarios? ¿Se han logrado otros impactos positivos o negativos no previstos con anterioridad?</p>
EFICIENCIA: <i>Asignación óptima de recursos</i>	<p>¿Se respeta presupuesto y cronograma? ¿Los organismos participantes contribuyen a alcanzar los resultados?</p>

ANEXO 6.

Tabla 6. Tabla de elaboración propia que contiene el resumen de la evaluación de la estructura llevada a cabo.

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA RESUMIDA.

Estructura	<p>*Recursos humanos. (número de personas y cualificación, organización y coordinación entre las diferentes partes implicadas en el desarrollo y seguimiento del proyecto).</p> <ul style="list-style-type: none"> • OAN International: 4 coordinadores (graduados en Medicina y enfermería) + 2 voluntarios en terreno (estudiantes medicina) +1 técnico local (licenciada en ingeniería agrónoma). Además, forman parte de la supervisión del proyecto el director del comité biosanitario de la organización y la vicepresidenta de proyectos. Retribución por parte del proyecto ninguna. • JEDES BESEN SIA: 1 codirector ejecutivo + 1 encargado del seguimiento y evaluación. Retribución por parte del proyecto ninguna. • <i>Animatrice</i>. Formación en auxiliar de enfermería más la formación específica impartida por OAN International. Retribuida, sueldo mensual incluido en el presupuesto. • Centros de salud del distrito de Biró: 3 jefe de centro (formación: graduado en enfermería), 1 matrona, encargada de llevar a cabo los partos, las consultas prenatales (formación: graduada en enfermería) 6 <i>aide soignantes</i> encargados de llevar a cabo los partos y las consultas prenatales (estudiantes o curso en auxiliar de enfermería), 21 trabajadores comunitarios (formación sanitaria impartida por el jefe del centro de salud de Biró más la impartida por los técnicos de OAN International). Retribución por parte del proyecto ninguna. • -- nº total de personas: 43. <p>*Recursos materiales. (disposición geográfica del centro de salud y las distintas aldeas donde se traslada la sensibilización, condiciones de las instalaciones).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura (estado de los recursos materiales y revisiones de estos, disposición geográfica de los centros de salud). • Material para la sensibilización: carteles (se utilizarán aquellos que existían previamente en los centros de salud, a los que se añadirán los elaborados para el presente proyecto), trípticos. • Material para llevar a cabo la plastificación de las actas de nacimiento: maquina plastificadora. <p>*Recursos financieros. - reflejado en presupuesto.</p>
-------------------	---

Recursos bibliográficos (Anexos).

1. Lindtjørn B, Mitiku D, Zidda Z, Yaya Y (2017) Reducing Maternal Deaths in Ethiopia: Results of an Intervention Programme in Southwest Ethiopia. PLoS ONE 12(1): e0169304.doi: 10.1371/journal.pone.0169304
2. Mohamed Shaker El-Sayed Azzaz A, Martínez-Maestre MA, Torrejón-Cardoso R. Antenatal care visits during pregnancy and their effect on maternal and fetal outcomes in pre-eclamptic patients. J Obstet Gynaecol Res. 2016 Sep;42(9):1102–10
3. Patience A. Afulani. Determinants of stillbirths in Ghana: does quality of antenatal care matter? BMC Pregnancy and Childbirth (2016) 16:132.
4. Kranti Suresh Vora¹, Sally A. Koblinsky and Marge A. Koblinsky. Predictors of maternal health services utilization by poor, rural women: a comparative study in Indian States of Gujarat and Tamil Nadu. Vora et al. Journal of Health, Population and Nutrition (2015) 33:9.
5. Goñi A. La morbimortalidad materna e infantil en la ciudad de Nikki (Benín) ¿Influye la presencia de consulta prenatal? Universidad de Valladolid, 2017.
6. Sánchez M. Perspectiva socio-sanitaria en torno a la atención al parto en Nikki, Benín (África). Universidad de Valladolid, 2017.
7. Fernández-Baldor, A; Boni, A. Evaluación de proyectos de cooperación para el desarrollo. Una contribución desde el enfoque de capacidades.2011. Ponencia presentada en el V Congreso de Universidad y Cooperación al Desarrollo. Cádiz, 6-8 de abril 2011.