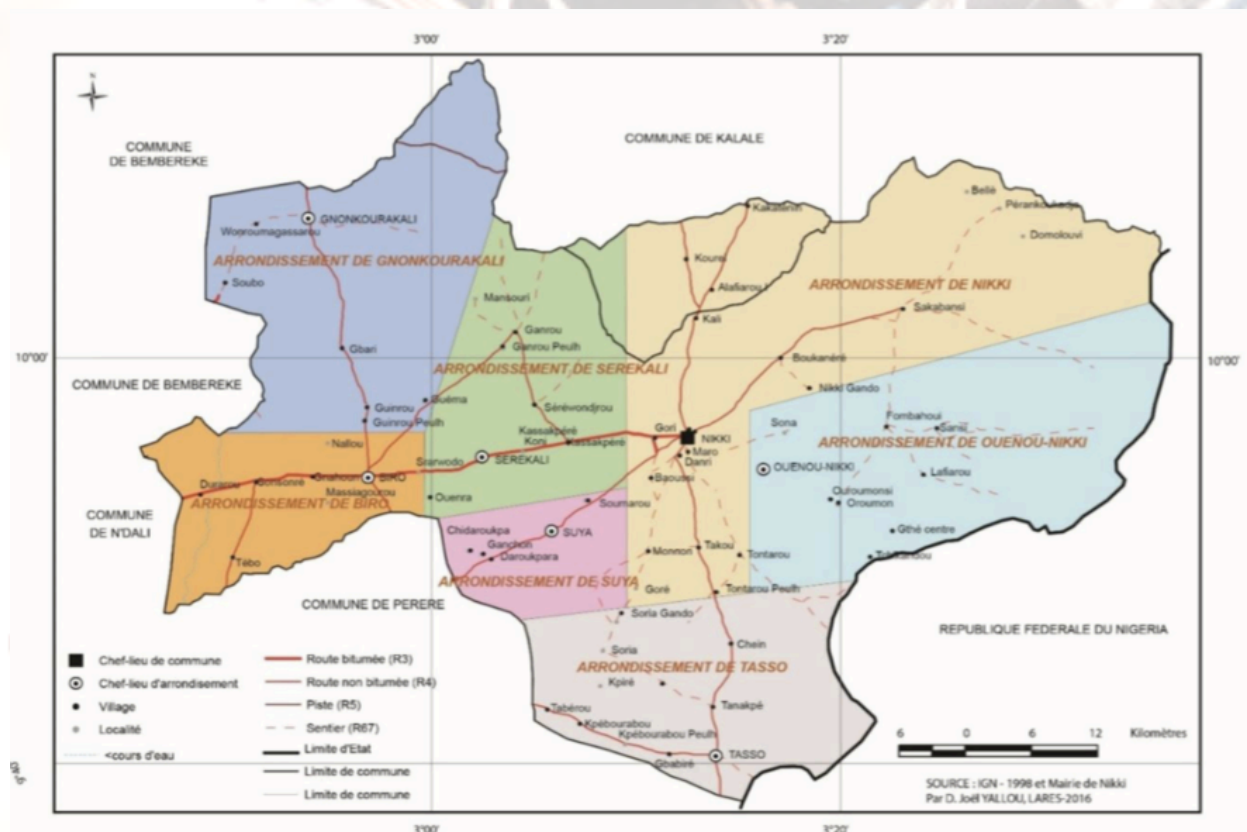


# Evaluación de un programa sanitario de intervención comunitaria:

Impacto de un programa de intervención comunitaria en salud materno-infantil en Nikki, Benín



Trabajo de Fin de Grado  
Grado en Medicina  
Universidad de Valladolid  
Curso académico 2018-2019



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Autor: Joaquín Sánchez Carnicer  
Tutora: Dra. Verónica Casado Vicente

**Resumen:**

La evaluación es una herramienta imprescindible en programación sanitaria y en cooperación internacional para el desarrollo. El objetivo de este trabajo es la evaluación a seis meses de un programa sanitario de intervención comunitaria en salud materno-infantil en una pequeña zona rural de Benín. Se han utilizado para esta evaluación: encuestas poblacionales, datos oficiales de los diferentes centros de salud participantes y diversos registros cualitativos tanto de voluntarios españoles como de participantes locales. Tras el análisis de los datos se puede concluir que:

1. El programa de intervención comunitaria en salud materno-infantil es pertinente y ha sido definido con suficiencia.
2. El trabajo de sensibilización por parte de la "animatrice" genera cambios en las actitudes y comportamientos de la población local.
3. Las actividades llevadas a cabo como parte del programa mejoran los datos de cobertura de la CPN, pero empeoran los de PF, por lo que es necesario e importante identificar las causas de este empeoramiento para fases posteriores.

**Palabras clave:** Evaluación, intervención comunitaria, salud materno infantil, consulta prenatal, planificación familiar.

**Abstract:**

Evaluation is an essential tool in health programming and international development cooperation. The aim of this research is the six-month evaluation of a community-based intervention program based on maternal and child health which is developed in a rural area of Benin. In this way, based surveys, official data from the local health centers and qualitative Spanish and local volunteers' records have been used to carry out this evaluation. Once the data is analysed, it can be concluded:

1. The community-based intervention program about maternal and child health is appropriate, and it has been defined rightly.
2. The awareness-raising work changes attitudes and behaviors in the local population.
3. The activities carried out as a part of the program improve the data of ANC coverage, but worsen de FP data. Therefore, it is necessary to identify the causes of this worsening for later phases.

**Keywords:** Evaluation, community-based intervention, maternal and child health, antenatal care, family plan.

**Résumé:**

L'évaluation est un outil indispensable dans la programmation sanitaire et la coopération internationale pour le développement. L'objectif de ce travail c'est l'évaluation a six mois d'un programme sanitaire d'intervention communautaire dans la santé maternelle et infantile sur un petit village du Benin. On a utilisé pour cette évaluation : des enquêtes auprès de la population, les données officielles des centres de santé locales, et les registres qualitatifs des volontaires espagnols et locaux. Après analyser les données on peut conclure :

1. Le programme d'intervention communautaire sur la santé maternelle et infantile est convenable et bien défini.
2. Le travail de sensibilisation qu'a fait l'animatrice change l'attitude et les comportements de la population locale.
3. Les activités du programme sanitaire ont amélioré les données de couverture de la consultation prénatale, mais ont empiré les données de la planification familiale, dont il faut bien connaitre les possibles raisons pour les prochaines étapes du programme.

**Mots clés:** Évaluation, intervention communautaire, santé maternelle et infantile, consultation prénatale, planification familiale.



## Índice:

<b>1. CONTEXTO</b>	<b>2</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
2.1. DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO DE LA COMUNA DE NIKKI	3
2.2. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES DE PLANIFICACIÓN SANITARIA PARA COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN NIKKI	3
2.3. 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)	4
<b>3. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
3.1. DEFINICIÓN, OBJETIVOS E IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN EN PROGRAMACIÓN SANITARIA Y EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL	4
3.2. RESPONSABILIDAD DE LA EVALUACIÓN	5
3.3. ENFOQUES PRINCIPALES PARA LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIO	5
3.4. NORMAS PRÁCTICAS PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN	5
3.5. INDICADORES Y CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN	5
<b>4. DISEÑO DEL PROGRAMA</b>	<b>6</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>6</b>
<b>6. PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>7</b>
6.1. ESPECIFICACIÓN DEL TEMA DE EVALUACIÓN	7
6.3. VERIFICACIÓN DE LA PERTINENCIA	8
6.4. EVALUACIÓN DE LA SUFICIENCIA	8
6.5. EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA	9
6.6. EVALUACIÓN DEL PROCESO	11
6.7. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	14
<b>7. LIMITACIONES DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>17</b>
<b>8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>18</b>
<b>9. FORMULACIÓN DE PROPUESTAS DE ACCIÓN FUTURA</b>	<b>19</b>
<b>10. ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTO DE INTERESES</b>	<b>19</b>
<b>11. AGRADECIMIENTOS</b>	<b>19</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>20</b>

### Abreviaturas:

**IDH:** Índice de desarrollo humano

**ZSNKP:** Zona sanitaria Nikki-Kalalé-Pèrèrè

**ONGD:** Organización no gubernamental para el desarrollo

**ONG:** Organización no gubernamental

**CPN:** Consulta prenatal

**PF:** Planificación familiar

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**CFAS:** Franco de la comunidad financiera africana

**CS:** Centro de Salud

**OZS:** Oficina de zona sanitaria

**SyS:** Signos y síntomas



## 1. Contexto

### Benín:

Benín es un país situado en el África Subsahariana, en el golfo de Guinea, con una población de aproximadamente 12 millones de habitantes. Está dividido administrativamente en 12 departamentos que se subdividen en 77 comunas.

Erigido como república independiente desde el 1 de agosto de 1960 había formado parte anteriormente de las colonias francesas del África Occidental.

La lengua oficial del estado es el francés, aunque existen otras lenguas autóctonas habladas por gran parte de la población entre las que se encuentran: fon, bariba, yoruba, adja, houeda y fulfunde.

Posee un índice de desarrollo humano<sup>1</sup> (IDH) en 2018 de 0,515 ocupando el puesto 163 del ránking mundial (España tiene un IDH de 0,891 y ocupa el puesto 26) [1] y una tasa de mortalidad infantil<sup>2</sup> de 55,68 ‰ [2,3], siendo en España de 3,3 ‰.

### Comuna de Nikki:

La comuna de Nikki se encuentra situada al noreste del país y forma parte, junto con otras siete comunas, del departamento de Borgou. Se divide en 7 distritos: Biro, Gnonkourokali, Ouenou, Sérèkale, Suya, Tasso y Nikki. La población de la comuna de Nikki es de 151.232 habitantes de los cuales un 49,82 % (75.339) son hombres y un 50,18 % (75.893) son mujeres. Desde el punto de vista cultural, la población de la comuna se divide mayoritariamente en dos etnias. Peulh (44,7 %) y Batonou (40,3 %). [4]

La religión dominante en la comuna es el islam (81 %) seguida del cristianismo (10,8 %) y de las religiones tradicionales (1,1 %) [4], aunque estas últimas tienen una gran importancia cultural en la población.

### Contexto Sanitario:

Desde el punto de vista sanitario, el país se divide en 34 zonas sanitarias. La comuna de Nikki forma parte de la Zona Sanitaria Nikki-Kalalé-Pèrèrè (ZSNKP), una de las 4 zonas sanitarias del departamento de Borgou y tiene un total de 15 centros sanitarios. Esta zona sanitaria está apoyada por el hospital de zona, el Hospital Sounon Sero, situado en Nikki.

El objetivo de este trabajo es evaluar un programa sanitario que se desarrolla desde agosto de 2018 en los 3 centros sanitarios del distrito de Biró (Sonsoré, Tebo y Biró). Se ha utilizado como “distrito control” el distrito de Sérèkale, que cuenta con un solo centro sanitario.

---

<sup>1</sup> **Índice de Desarrollo Humano:** Indicados sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano. Elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

<sup>2</sup> **Tasa de Mortalidad Infantil:** Número de muertes de menores de un año en un periodo entre el número de nacidos vivos en el mismo periodo y por mil.

## 2. Antecedentes

Este trabajo forma parte de un proyecto sanitario de cooperación internacional para el desarrollo que se llama “Né a Nikki”. El proyecto comienza en 2016 con un análisis de la situación sanitaria de la comuna. Dentro de este, y como fases previas a la evaluación del programa sanitario, se han llevado a cabo otros trabajos que deben ser introducidos. Entre ellos destacan un diagnóstico de salud comunitario de la comuna de Nikki, un establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki y el propio documento de formulación del proyecto.

### 2.1. Diagnóstico de salud comunitario de la comuna de Nikki [5]

En el diagnóstico de salud tras análisis mediante triangulación<sup>3</sup> de los métodos por indicadores, por encuesta y por búsqueda de consenso, se identificaron 15 problemas y necesidades de salud de la comuna de Nikki, que fueron: paludismo, infecciones de transmisión sexual, anemia, enfermedades diarreicas, malnutrición, infecciones respiratorias agudas, traumatismos, hipertensión arterial, problemas urogenitales, problemas dermatológicos, problemas osteoarticulares, enfermedades con potencial epidémico, salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva y tuberculosis.

Además, se llevó a cabo un análisis DAFO<sup>4</sup> del Sistema Sanitario de Benín a partir del análisis del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario de Benín.

Cabe destacar en este diagnóstico de salud que los problemas relacionados con la salud materno-infantil y con la salud sexual y reproductiva coinciden como un problema principal desde los tres enfoques.

### 2.2. Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki [6]

Se realizó un establecimiento de prioridades sanitarias por medio de una adaptación del Método Hanlon<sup>5</sup> de establecimiento de prioridades, adecuándolo a las características socio-sanitarias de Nikki y a su empleo por las ONGD para la realización de programas de salud en el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo.

Una de las conclusiones del estudio es que las “enfermedades del embarazo, parto y perinatales” es uno de los problemas de salud de máxima prioridad. Este problema, junto con “malaria” y “malnutrición” suponen directa e indirectamente 2/3 del total de los 13 problemas de salud más relevantes.

---

<sup>3</sup> En las ciencias sociales se define la triangulación como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, o métodos de investigación, para el estudio de un determinado fenómeno o contexto.

<sup>4</sup> Herramienta para el estudio de la situación de una institución, proyecto o persona que evalúa dos aspectos internos (debilidades y fortalezas) y dos aspectos externos (amenazas y oportunidades).

<sup>5</sup> Método de priorización de problemas que se basa en los cuatro componentes siguientes: magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención.

### 2.3. 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) [7]

Se trata del programa que se evalúa en el presente trabajo. Es un programa de salud comunitaria que se presenta como proyecto de intervención comunitaria y que se lleva a cabo en la comuna de Nikki (Benín), concretamente en el distrito de Biró. Se utiliza como control el distrito de Sérékale, perteneciente a la misma comuna.

El programa se lleva a cabo con la colaboración de una ONG local (JEDES BESEN Sia) y con la ayuda y autorización del personal sanitario de la región.

Este programa se estructura en cuatro partes principales:

- Promoción de la salud a través de Educación para la salud por parte de una animadora local formada previamente.
- Prevención primaria y secundaria a través del seguimiento de las mujeres embarazadas del distrito de Biró, para conseguir mejores tasas de utilización de la consulta prenatal protocolizada y de partos en un centro sanitario y mejores resultados de salud
- Promoción de la personalidad jurídica de los recién nacidos mediante la obtención de un acta de nacimiento.
- Evaluación del impacto del programa mediante la verificación de la pertinencia, suficiencia, evaluación de la estructura, proceso y resultado con el fin de obtener conclusiones para la formulación de propuestas de acción futura.

La cuarta parte se corresponde con el objetivo de este trabajo.

## **3. Introducción**

### 3.1. Definición, objetivos e importancia de la evaluación en programación sanitaria y en la cooperación internacional

Algunos autores definen la evaluación como: “Un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción como de su ejecución, así como sobre las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación” [8]

Por lo tanto, el objetivo primordial de una evaluación sería medir el impacto sobre la salud de la atención prestada a través, en este caso, del programa que queremos evaluar. Es importante comprobar en término cuantitativos el progreso en la salud conseguido con las actividades propuestas en el programa [9].

La importancia que ha ido adquiriendo la evaluación, tanto en la programación sanitaria como en la cooperación internacional, se puede atribuir a varias causas, entre ellas:

1. Limitación creciente de los recursos destinados a estos programas.
2. Convicción de que el sentido común no es una herramienta válida para juzgar el correcto desarrollo de un proyecto sanitario o de cooperación internacional.
3. Disponibilidad creciente de métodos y herramientas válidas para una correcta evaluación.

### 3.2. Responsabilidad de la evaluación

La responsabilidad de la evaluación recae sobre los voluntarios de la ONGD OAN International, así como sobre el personal implicado en el proyecto de la ONG local colaboradores JEDES BESEN Sia.

Además, el personal sanitario de los centros implicados en el desarrollo del programa, así como el coordinador de la zona sanitaria participan del mismo. Se adjuntan en el ANEXO 1 los acuerdos de colaboración correspondientes.

### 3.3. Enfoques principales para la evaluación de un programa de salud comunitario

Hay tres enfoques principales en la evaluación de un programa:

1. **Estructura:** Evalúa los recursos humanos, materiales, físicos y financieros que hacen que sea posible llevar a cabo el programa.
2. **Proceso:** Evalúa las actividades del programa que han sido realizadas y cómo han sido realizadas.
3. **Resultado:** Evalúa el grado de consecución de los objetivos y metas propuestos en el programa.

Aunque parezca paradójico, la evaluación de resultado se considera una medida indirecta de la calidad de la atención, ya que no se pueden considerar una medida más directa hasta que se hayan excluido todas las demás posibles causas de cambios en el estado de salud de una población.

### 3.4. Normas prácticas para el inicio y mantenimiento de un sistema de evaluación

Normas prácticas para iniciar y mantener un sistema de evaluación.	
1.	Debe existir un compromiso por parte del equipo evaluador
2.	Es mejor controlar algo pequeño y mejorarlo que intentar abarcar todo a la vez
3.	El sistema de evaluación debe ser lo menos costoso posible
4.	Se debe elegir el método de evaluación adecuado, atendiendo a las circunstancias.
5.	Tienen que existir datos escritos - que deben ser legibles y válidos -.
6.	Es importante evaluar la evaluación.

**Tabla 1** de elaboración propia a partir de la documentación de apoyo para la planificación de programas de la Junta de Castilla y León[9] en la que se especifican las normas básicas para el inicio y mantenimiento de un sistema de evaluación.

### 3.5. Indicadores y criterios para la evaluación

- **Indicadores:** En este trabajo se utilizan los siguientes indicadores: porcentajes de mujeres que alcanzan una puntuación determinada en las encuestas poblacionales – calidad de vida y conocimientos –, así como el porcentaje de mujeres que utilizan al menos una vez o de forma continuada la consulta prenatal (CPN) y la consulta de planificación familiar (PF).
- **Criterios:** Son las normas de rendimiento para las distintas actividades. En el caso de este trabajo – para los talleres de sensibilización comunitaria – serían 2 horas de preparación de cada sesión, 1,5 horas de duración de cada sesión, 2 sensibilizaciones por salida y 6 sensibilizaciones anuales – bimestrales – en cada localidad.

#### 4. Diseño del programa

En el presente trabajo se evalúa un programa sanitario de intervención comunitaria con un diseño cuasiexperimental. Más concretamente el programa tiene un diseño antes-después para el grupo de intervención, con grupo testigo (*non equivalent comparison group*), o diseño de comparación externa. Se trata de un diseño no aleatorizado en el que se selecciona otro grupo llamado “control” o “grupo de comparación” y que es de características similares al grupo donde se lleva a cabo la intervención. Se corresponde en la epidemiología clásica con el estudio de cohortes. En este caso la intervención – el programa sanitario – constituye el factor de exposición [8].

#### 5. Material y métodos

En la evaluación del proyecto se han utilizado diferentes fuentes de información, que se recogen en la siguiente tabla:

Fuentes de información disponibles para la evaluación del proyecto:
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) [7].
Encuestas realizadas a mujeres de la población diana.
Datos facilitados por el personal sanitario local.
Diario de campo (Descripción observacional de las actividades llevadas a cabo).
Informes periódicos de los centros de salud locales.
Información epidemiológica y demográfica facilitada por el ministerio de sanidad del gobierno de Benín.
Documentos de formulación y ejecución de programas de salud.

**Tabla 2** de elaboración propia donde se recogen las fuentes de información disponibles para la evaluación del programa sanitario.

La evaluación de los conocimientos en salud materno-infantil y reproductiva, así como de la calidad de vida se lleva a cabo mediante encuestas poblacionales. Se ha utilizado la encuesta de calidad de vida validada de UNICEF Benín. La encuesta de conocimientos es una encuesta de elaboración propia. Se incluye un modelo de ambas en el [ANEXO 2](#). Estas encuestas se han realizado por medio de entrevista – personal e individual – por voluntarios españoles en terreno con la colaboración de trabajadores de la ONG local colaboradora como intérpretes. Los datos han sido codificados utilizando Microsoft Excel y se han analizado por medio de estadística descriptiva.

La evaluación cualitativa de las sensibilizaciones se lleva a cabo mediante un formulario de elaboración propia a partir de un trabajo previo a la implantación [10] que forma parte del proyecto “Né à Nikki” y propone un modelo de sensibilización comunitaria en planificación familiar en la comuna de Nikki, así como su evaluación.

La evaluación de pertinencia, suficiencia, estructura y proceso se ha llevado a cabo a través del análisis exhaustivo de diferentes documentos: documento de planificación del programa, diarios de campo de los voluntarios en terreno, actas de las reuniones en terreno, trabajos previamente realizados pertenecientes al proyecto y documentos oficiales – sanitarios, demográficos y estadísticos – del gobierno de Benín o de instituciones como la OMS o UNICEF.

Para el despistaje, control y seguimiento del embarazo en las 18 localidades en las que interviene el programa se utilizó un registro de elaboración propia que cumplimentan los





trabajadores comunitarios de cada localidad. Los datos de este registro se informatizan y analizan utilizando Microsoft Excel.

Por último, para evaluar los resultados – utilización de las consultas prenatal y de planificación familiar –, los datos se han recogido a partir de los informes periódicos (semestrales) de los centros de salud. Se ha realizado un estudio descriptivo de las mujeres que acuden al menos a una de estas consultas y de las que acuden de manera continuada, comparándolo con las previstas para ese periodo de tiempo según los datos oficiales del ministerio de sanidad de Benín.

Se han calculado porcentajes y se ha estudiado la posible significación estadística. Se comparan los datos de utilización de estas consultas previos a la implantación del programa con los datos de los seis primeros meses tras la puesta en marcha del programa. Para el análisis de los datos se han utilizado los programas Microsoft Excel y Epidat.

## 6. Proceso de evaluación del programa

### 6.1. Especificación del tema de evaluación

<b><u>¿Qué se evalúa?</u></b>	El 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)” [7].
<b><u>¿Quién hace la recogida de datos y quién evalúa?</u></b>	El autor de este trabajo, así como por varios estudiantes de medicina, graduados en medicina y enfermería y los trabajadores de la ONG local colaboradora con el proyecto: JEDES BESEN Sia, con sede en Nikki (Benín).
<b><u>¿Qué unidad de atención se evalúa?</u></b>	Todas las mujeres gestantes y en edad de procrear del distrito de Biró.
<b><u>¿Qué decisiones futuras puede tomarse a partir de los resultados?</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrumpir el proyecto</li> <li>- Continuar como piloto</li> <li>- Extender la experiencia</li> </ul>

**Tabla 3** de elaboración propia donde se especifica el tema de evaluación del presente trabajo, así como quién hace la recogida de datos, qué unidad de atención se evalúa y qué decisiones futuras se pueden tomar a partir de los resultados.

La información de la evaluación será remitida a la ONGD OAN International, a la ONGD local JEDES BESEN Sia y a los responsables sanitarios de la ZSNKP para que conjuntamente se tomen las decisiones pertinentes de acuerdo con los resultados de la evaluación.

### 6.2. Obtención del apoyo informativo

#### 6.2.1. ¿Qué información se necesita?

En el documento de planificación del programa sanitario [7] se recoge la información necesaria para la evaluación:

- Resultados de las encuestas de conocimientos y de calidad de vida.
- Población estimada de mujeres que acudirán a CPN y a consulta de PF en los centros de salud de Biró y Sérékale.
- Población real de mujeres que han acudido al menos a una CPN, y población real de mujeres que han acudido al menos a una consulta de PF.
- Población real de mujeres que utilizan la CPN y la consulta de PF de forma continuada.
- Anotaciones subjetivas de los voluntarios en terreno y de los integrantes del programa.
- Formularios de evaluación de los talleres de sensibilización comunitaria.

## 6.2.2 Fuentes de información.

Las fuentes de información para la evaluación del programa se recogen en el punto 5 – material y métodos – del presente trabajo.

## 6.2.3. Adecuación de la información disponible.

Antes de la recogida de la información, se llevó a cabo un análisis de la información disponible para decidir cuál era la más adecuada para realizar la evaluación. Se descartó la información contenida en los cuadernos de registro de los centros de salud porque se disponía de datos porcentuales fiables recogidos en los informes periódicos de los centros de salud y unificados para los distritos de Biró y de Serekalé.

## 6.3. Verificación de la pertinencia

La evaluación de la pertinencia se establecía en el documento de planificación del programa. Se considera que el programa es pertinente por las siguientes razones:

- La intervención se corresponde con las prioridades y necesidades de la población local, como queda demostrado en el punto 2 de este trabajo.
- Además, al tratarse la salud materno-infantil de un problema de salud grave y con alta prevalencia, se considera que el programa contribuye directa y considerablemente a mejorar la salud de la población. Es importante destacar que la tasa de mujeres que acuden al menos a 4 consultas prenatales – La OMS recomienda 8 CPN durante el embarazo [11]<sup>6</sup> –, en el departamento de Borgou, es la segunda más baja de Benín [3], siendo de un 28,6%. Además, la tasa de mortalidad materna en Benín fue de 335,5 por cada 100.000 nacimientos en el año 2015 [12]. La tasa de mortalidad infantil en Benín es de 55.68 ‰ [2,3].

Ajustes por necesidades cubiertas:

- En las reuniones en terreno con el máximo responsable administrativo del distrito de Biró y con el “*major*” (enfermero jefe del centro de salud) para la puesta en marcha del programa, se constató que las actividades relacionadas con el objetivo general 2<sup>7</sup> del programa se hacían de forma adecuada. Se consideró entonces que esa parte del programa no era necesaria y no se llevaron a cabo las actividades programadas que estuvieran directamente relacionadas con el objetivo general 2.

## 6.4. Evaluación de la suficiencia

### 6.4.1. ¿El problema ha sido definido con claridad?

Se considera que el problema ha sido definido con claridad como queda demostrado en el punto 2 del presente trabajo. Las tasas de mortalidad materna y de mortalidad infantil han sido

<sup>6</sup> La OMS recomienda un mínimo de 8 visitas durante el embarazo frente al modelo de 4 visitas mínimas propuesto anteriormente. Debido a las múltiples dificultades para el acceso a la CPN en la comuna de Nikki, se sigue considerando 4 visitas durante el embarazo el estándar a evaluar en el presente trabajo.

<sup>7</sup> **Objetivo general 2:** “Mejorar la identidad personal y jurídica, facilitando la expedición de un acta de nacimiento a los recién nacidos del distrito de Biró”

indicadas con anterioridad, por lo que haciendo referencia a ellas se considera que se está ante un problema grave de salud.

Además, es importante destacar que el problema puede ser prevenido, al menos parcialmente desde el ámbito de la atención primaria y las intervenciones comunitarias – como es el caso del programa que se evalúa –. Las consecuencias del problema repercuten directamente en el nivel sociosanitario y socioeconómico de la comuna.

Asimismo, se han realizado estudios previos a la implantación del programa sobre aspectos culturales tradicionalmente arraigados en la población y que condicionan el problema de salud al que se refiere el programa [13]. Estos estudios pertenecen al proyecto “*Né à Nikki*” y se han tenido en cuenta para la formulación e implantación del programa.

#### 6.4.2. ¿El problema se ha formulado debidamente?

Formulación adecuada del programa según las normas mínimas dictadas.	
¿Se han fijado objetivos y metas a corto, medio y largo plazo?	<b>SÍ</b>
¿Están claramente definidos los objetivos y metas?	<b>SÍ</b>
¿Está definida la población a la que va dirigida el programa?	<b>SÍ</b>
¿Se han descrito con claridad las normas de atención de cada actividad?	<b>SÍ</b>
¿Se ha definido una distribución de responsabilidades, para cada actividad del programa, entre los miembros del equipo?	<b>SÍ</b>
¿Se ha seguido algún método para seleccionar el procedimiento para ejecutar una actividad?	<b>SÍ</b>
¿Se ha definido el proceso de evaluación a seguir?	<b>SÍ</b>

**Tabla 4** de elaboración propia que evalúa si el programa se ha formulado debidamente según las normas mínimas dictadas.

Las respuestas a las preguntas formuladas en la tabla han sido respondidas atendiendo al documento de planificación del programa, por lo que se considera que el problema ha sido debidamente formulado según las normas mínimas dictadas para la planificación sanitaria.

### 6.5. Evaluación de la estructura

#### 6.5.1. Recursos Humanos.

Se describe a continuación el número de personas implicadas por parte de cada organización participante en el proyecto. Se describe también la cualificación de cada una de ellas y su retribución por la participación en el proyecto.

- **OAN International:** 4 coordinadores (graduados en Medicina y enfermería) + 2 voluntarios en terreno (estudiantes medicina). 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.
- **Animatrice:** 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 *aide soignantes* – auxiliares – 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.

Diferencias – en cuanto a recursos humanos – entre lo planificado y lo efectuado:

- Se planificó que la “*animatrice*” fuera una persona con formación en auxiliar de enfermería, lo que no pudo ser. Ninguna candidata al puesto durante la fase de selección cumplía ese requisito.
- Se planificó la participación – por parte de OAN International – de una técnico local (graduada en ingeniería agrónoma), lo que no ha sido posible debido a baja por embarazo y maternidad.

#### 6.5.2. Recursos materiales.

- **Infraestructura:** Centros de salud del distrito de Biró y espacios públicos de las distintas localidades donde se han llevado a cabo las sensibilizaciones.
- **Material para las formaciones de la “*animatrice*” y los trabajadores comunitarios:** Cuadernos teóricos de elaboración propia con contenido sanitario sobre los temas a tratar en los talleres de sensibilización comunitaria.
- **Material para los talleres de sensibilización comunitaria:** Carteles y trípticos de elaboración propia, carteles de los centros de salud locales y ejemplos de métodos de planificación sanitaria – preservativos masculinos y femeninos, anticonceptivos hormonales, implante subcutáneo, anillo vaginal, etc.– utilizados como muestra durante los talleres.

#### 6.5.3. Recursos financieros.

Los recursos financieros empleados para llevar a cabo el programa están reflejados en el documento de planificación. Queda detallado en el presupuesto – presupuesto original del documento de planificación – que se incluye en el ANEXO 3.

En el documento de planificación se establece que la financiación del proyecto corre a cargo de ambas organizaciones participantes – aportando un 50% del total cada una de ellas –. Finalmente, debido a problemas institucionales imposibles de tener en cuenta a la hora de la planificación del programa, los porcentajes de participación financiera de cada organización han variado.

Se expone en la siguiente tabla los gastos realizados hasta la fecha, los presupuestados hasta julio de 2019 y los porcentajes de participación de cada organización:

Gastos	OAN Internacional	JEDES BESEN Sia
Gastos previos	69.000 CFAS	3.500 CFAS
Agosto - Febrero	256.000 CFAS	147.500 CFAS
Marzo	139.255 CFAS	3.500 CFAS
Abril - Julio	214.000 CFAS	98.000 CFAS
Suma total	678.255 CFAS	252.500 CFAS
<b>% TOTAL</b>	<b>73%</b>	<b>27%</b>

**Tabla 5** de elaboración propia donde se detalla en CFAS (Franco de la comunidad financiera africana) los gastos totales hasta la fecha y los previstos hasta la finalización del programa en julio de 2019. [ 1€ = 655 CFAS].

## 6.6. Evaluación del proceso

### 6.6.1. Grado de actividades del programa: monitorización de las actividades.

El grado de actividad de un programa sanitario consiste en comparar de una forma cuantitativa las actividades que han sido llevadas a cabo – un periodo de tiempo – con las actividades que tendrían que haber sido llevadas a cabo en condiciones óptimas. Las actividades que tendrían que haber sido llevadas a cabo se especifican en la fase de planificación del programa sanitario.

Es importante tener en cuenta que **cualquier grado de actividad superior a 0,75 debe considerarse como adecuado.**

- 1<sup>er</sup> Bloque de actividades de prevención primaria:

- 1.1. Formación de la “animatrice” y de los trabajadores comunitarios.

Se han impartido un total de 8 horas de sesiones formativas para la animatrice por parte de los voluntarios en terreno de OAN Internacional. Un total de 3 horas en una sesión formativa para los trabajadores comunitarios.

Estaban planificadas un total de 12 horas de formación totales, de las que se han impartido un total de 11, por lo que el grado de actividad es de **0,91**.

$$\text{Grado de actividad} = \frac{\text{Horas de formación impartidas (11)}}{\text{Horas de formación programadas (12)}} = 0,91$$

- 1.2. Talleres de sensibilización comunitaria.

Se han llevado a cabo un total de 44 talleres de sensibilización comunitaria. Se programaron un total de 54 para los 6 primeros meses – talleres de sensibilización comunitaria bimestrales en las 18 localidades del distrito de Biró –, por lo que el grado de actividad es de un **0,81**.

Se adjunta en el ANEXO 4 una tabla detallando el número de talleres de sensibilización comunitarios realizados en cada localidad.

$$\text{Grado de actividad} = \frac{\text{Sensibilizaciones realizadas (44)}}{\text{Sensibilizaciones programadas (54)}} = 0,81$$

- 2º Bloque de actividades de prevención secundaria:

- 2.1. Despistaje, control y seguimiento del embarazo.

Se han recogido los datos de esta actividad seis meses después de la implantación del programa sanitario. Sólo en 3 de las 18 localidades sobre las que se interviene se han recogido bien los datos de despistaje, control y seguimiento del embarazo, por lo que el grado de actividad es de **0.17**.

$$\text{Grado de actividad} = \frac{\text{Poblaciones donde se ha recogido adecuadamente la información (3)}}{\text{Poblaciones totales (18)}} = 0,17$$

Se adjunta en el ANEXO 4 una tabla resumen sobre la actividad llevada a cabo por los trabajadores comunitario durante los primeros seis meses tras la implantación del programa.

- 3º Bloque de actividades de participación comunitaria:

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

Esta actividad no ha sido llevada a cabo. En las limitaciones de la evaluación – punto 1.3. de este trabajo – quedan explicadas las razones por las que no ha sido realizada.

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

Estas reuniones han sido llevadas a cabo tal y como estaban previstas en la planificación del programa. Se han tenido reuniones con los responsables de ambos centros de salud, así como con los responsables de los otros dos centros de salud del distrito de Biro – CS de Tebo y CS de Sonsoré –.

En el ANEXO 1 se incluyen los acuerdos de colaboración firmados durante estas reuniones. Se considera que el grado de actividad en este caso es de **1**.

- 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.

Estas reuniones se han llevado a cabo previas a la implantación del programa y durante el propio proceso de implantación de este.

En el ANEXO 1 se encuentra el acuerdo de colaboración correspondiente. Se considera que el grado de actividad en este caso es de **1**.

- 3.4. Participación semestral en una jornada formativa con los encargados de todos los CS de la comuna de Nikki para la presentación del programa específico, avances y resultados.

Esta participación se ha llevado a cabo en dos ocasiones. Primero se llevó a cabo durante el proceso de implantación del programa y posteriormente en una segunda ocasión transcurridos seis meses tras la implantación del programa.

Se considera que el grado de actividad en este caso es de 1.

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

El número de encuestas poblacionales llevadas a cabo se detalla en la siguiente tabla:

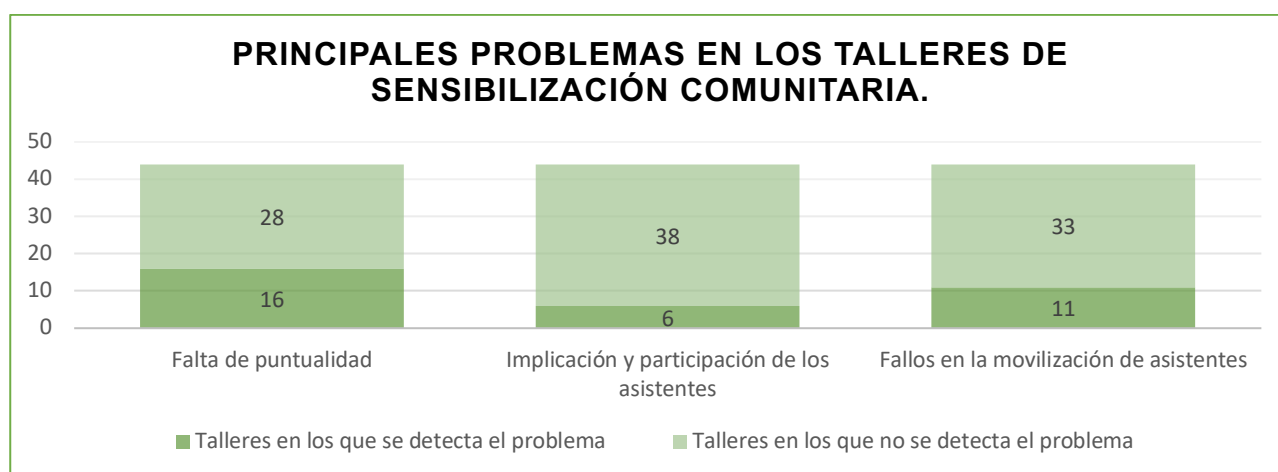
	Previo a la implantación		6 meses tras implantación		TOTAL
	Biró	Sérékale	Biró	Sérékale	
Encuestas conocimientos	94	98	100	100	392
Encuestas calidad de vida	94	98	100	100	392
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>196</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>784</b>

**Tabla 6.** Elaboración propia donde se muestra el número de encuestas realizadas previo a la implantación del programa, así como a los 6 meses. Se distingue entre las realizadas en el distrito intervención y en el distrito control.

Como queda reflejado en las limitaciones de la evaluación – punto 7 del presente trabajo –, no se llevó a cabo un adecuado muestreo y estratificación por etnias y edades de la población diana, por lo que no es posible sacar conclusiones poblacionales, aunque se ha hecho un análisis descriptivo de las muestras y una diferencia de porcentajes.

#### 6.6.2. Calidad de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación cualitativa de los talleres de sensibilización comunitarios se ha realizado por medio de un análisis observacional<sup>8</sup> por parte de los voluntarios – tanto españoles como locales – asistentes a los distintos talleres de sensibilización en los primeros seis meses tras la implantación del proyecto. Los principales problemas detectados se detallan a continuación:



**Imagen 1** de elaboración propia donde se detallan los principales problemas encontrados en los talleres de sensibilización comunitaria, así como el número de talleres en los que se detecta cada problema.

<sup>8</sup> Este análisis observacional se ha llevado a cabo mediante la cumplimentación – por parte de los voluntarios asistentes a los talleres como observadores – de un formulario con distintos ítems para la evaluación cualitativa de los talleres.

## 6.7. Evaluación de resultados

### 6.7.1. Monitorización de la cobertura del programa.

Para la monitorización de la cobertura se ha utilizado el siguiente indicador: número de mujeres que han entrado en contacto con el programa – han acudido a algún taller de sensibilización comunitaria – comparado con la población diana<sup>9</sup>.

Se ha realizado un cómputo de las mujeres asistentes a los 44 talleres de sensibilización comunitarios llevados a cabo durante los primeros 6 meses de proyecto, siendo estas un total de 992 mujeres. Por lo tanto, el grado de cobertura es de **0,30**.

$$\text{Grado de cobertura} = \frac{\text{Mujeres sensibilizadas en los 6 primeros meses de programa (992)}}{\text{Población diana (3.237)}} = 0,30$$

Es importante destacar que esta cifra de cobertura del programa debe tenerse en cuenta con cautela, ya que no se puede descartar que una misma mujer, residente en una localidad en concreto, haya asistido a varios de los talleres de sensibilización realizados en esa localidad, siendo computada, en ese caso, tantas veces como talleres a los que haya asistido.

### 6.7.2. Resultado de encuestas poblacionales.

Se analiza a continuación los resultados de las encuestas poblacionales: encuesta de conocimientos sobre salud materno-infantil y planificación familiar y encuesta de calidad de vida. Se han seleccionado las variables que se consideran más relevantes para la evaluación intermedia – a 6 meses – del programa. El análisis se ha llevado a cabo mediante diferencias de porcentajes y su significación estadística.

Los resultados quedan detallados a continuación, en la tabla 7 del presente trabajo.

Cabe destacar que en algunas de las variables medidas en la encuesta de conocimientos – y que tienen especial relevancia para la evaluación del programa –, al comparar los resultados del distrito intervención – Biró – con los del distrito control – Sérékale –, existe una diferencia estadísticamente significativa entre las dos muestras. Esta diferencia no existía al comparar los resultados de las muestras recogidas previamente a la implantación del programa. Las variables en las que existe esta diferencia son:  $\geq 15$  puntos en la encuesta de conocimientos, 3 métodos anticonceptivos, 3 ventajas de la planificación familiar, 3 signos y síntomas de alarma e ir al hospital ante signos y síntomas de embarazo.

Por otro lado, es importante remarcar que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables analizadas a partir de los resultados de las encuestas de calidad de vida.

<sup>9</sup> Las beneficiarias directas del programa son las mujeres en edad fértil del distrito de Biró: 3.237 [7].



	BIRO PRE	BIRO POST	p.	I.C. 95%	SEREK. PRE	SEREK. POST	p.	I.C. 95%	BIRO PRE	SEREK. PRE	p.	I.C. 95%	BIRO POST	SEREK. POST	p.	I.C. 95%
<b>CONOCIMIENTOS</b>																
<i>≥ 15 ptos. en la encuesta de conocimientos</i>	32,98%	48%	0,047	(-0,297 – -0,003)	43,87%	28%	0,0292	(0,017 – 0,301)	32,98%	43,87%	0,1607	(-0,256 – 0,038)	48%	28%	0,0056	(0,058 – 0,342)
<i>Capaces de decir 3 métodos anticonceptivos</i>	11,70%	40%	0,0000	(-0,409 – -0,157)	16,32%	21%	0,508	(-0,165 – 0,072)	11,70%	16,32%	0,475	(-0,155 – 0,062)	40%	21%	0,0057	(0,055 – 0,325)
<i>Saben que hay que ir mínimo 4 veces a CPN</i>	92,55%	86%	0,142	(-0,021 – 0,152)	89,7%	85%	0,310	(-0,044 – 0,140)	92,55%	89,7%	0,501	(-0,052 – 0,108)	86%	85%	0,841	(-0,088 – 0,108)
<i>Conocen 3 ventajas de la P.familiar</i>	26,59%	41%	0,034	(-0,144 – -0,275)	18,36%	18%	0,947	(-0,104 – 0,111)	26,59%	18,36%	0,172	(-0,035 – 0,200)	41%	18%	0,000	(0,108 – 0,352)
<i>Capaces de decir 3 Sys<sup>10</sup> de embarazo</i>	19,14%	28%	0,147	(-0,207 – 0,030)	27,55%	18%	0,109	(-0,021 – 0,212)	19,14%	27,55%	0,169	(-0,203 – 0,035)	28%	18%	0,093	(-0,016 – 0,216)
<i>Capaces de decir 3 Sys de alarma</i>	11,70%	21%	0,081	(-0,196 – 0,010)	27,55%	10%	0,002	(0,069 – 0,282)	11,70%	27,55%	0,006	(-0,268 – -0,049)	21%	10%	0,032	(0,011 – 0,209)
<i>Saben que hay que ir al hospital ante Sys de alarma</i>	93,61%	79%	0,002	(0,052 – 0,240)	97,95%	76%	0,000	(0,131 – 0,308)	93,61%	97,95%	0,132	(-0,100 – 0,013)	79%	76%	0,611	(0,086 – 0,146)
<i>Saben que hay que ir al hospital ante Sys de embarazo</i>	95,74%	91%	0,187	(-0,022 – 0,117)	94,89%	76%	0,000	(0,095 – 0,283)	95,74%	94,89%	0,781	(-0,051 – 0,068)	91%	76%	0,004	(0,049 – 0,251)
<b>CALIDAD DE VIDA</b>																
<i>Media de satisfacción &gt; de 2 puntos<sup>11</sup></i>	12,76%	16%	0,522	(-0,131 – 0,066)	12,24%	13%	0,873	(-0,100 – 0,085)	12,76%	12,24%	0,913	(-0,088 – 0,099)	16%	13%	0,547	(-0,068 – 0,128)
<i>Han mejorado respecto al año pasado</i>	91,48%	73%	0,001	(0,081 – 0,289)	80,61%	74%	0,267	(-0,050 – 0,182)	91,48%	80,61%	0,030	(0,012 – 0,205)	73%	74%	0,873	(-0,132 – 0,112)

**Tabla 7** de elaboración propia en la que se muestran los resultados del análisis de distintas variables recogidas en las encuestas poblacionales. Estos resultados se muestran en forma de diferencia de porcentajes. Se analiza, además, la significación estadística de cada una de las diferencias de porcentajes, aportando valor de p e intervalo de confianza al 95% para cada variable.

<sup>10</sup> **SyS**: Signos y síntomas.

<sup>11</sup> La puntuación en la escala de medición de la encuesta de calidad de vida es la siguiente: 1. Muy satisfecho, 2. Bastante satisfecho, 3. Ni satisfecho ni insatisfecho, 4. Bastante insatisfecho, 5. Muy insatisfecho.

Se detallan en la siguiente tabla la descripción de los datos demográficos de las cuatro muestras poblacionales que se han empleado para el análisis de resultados de conocimientos y de calidad de vida:

	BIRO PRE	BIRO POST	SÉRÉKALE PRE	SÉRÉKALE POST
<b>EDAD</b>				
15-20	29,8%	30%	27,6%	37%
21-30	54,3%	53%	56,1%	45%
31-40	13,8%	14%	12,2%	17%
40-45	2,1%	3%	4,1%	1%
<b>ETNIA</b>				
Bariba	74,5%	81%	80,6%	75%
Peulh	16%	16%	16,3%	8%
Otras	9,5%	3%	3,1%	17%
<b>HIJOS</b>				
0	1,1%	11%	11,2%	4%
1-2	38,3%	31%	30,6%	35%
3-4	35,1%	28%	28,6%	27%
>4	25,5%	39%	29,6%	34%

**Tabla 8** de elaboración propia donde se muestran los datos demográficos de las muestras obtenidas por medio de las encuestas poblacionales.

### 6.7.3. Resultado de utilización – inicial y continuada – de CPN y consulta de PF.

Se analizan a continuación los resultados de los datos de utilización de la consulta prenatal y de la consulta de planificación familiar. Se analiza tanto la atención inicial – al menos una visita a la consulta – como la atención continuada<sup>12</sup>. Estos datos han sido obtenidos de los datos oficiales que recogen los propios centros de salud que intervienen en el programa y que forman parte del programa de monitoreo que siguen los centros sanitarios.

El análisis de estos datos se ha llevado a cabo mediante diferencias de porcentajes y su significación estadística.

Los resultados quedan detallados en la siguiente tabla:

	SEREK. ENERO- JUNIO 2018	SEREK. JUNIO- DICIEMBRE 2018	P.	I.C. 95%	BIRÓ ENERO- JUNIO 2018	BIRÓ JULIO- DICIEMBRE 2018	P.	I.C. 95%
<b>INDICADORES.</b>								
Utilización inicial de la CPN	40,50%	28,47%	0,000	(0,057 – 0,183)	51,35%	57,80%	0,018	(-0,018 – -0,011)
Utilización continuada de la CPN					40,36%	59,74%	0,000	(-0,265 – -0,122)
Utilización inicial de la consulta de PF	5,74%	5,98%	0,765	(-0,019 – 0,014)	29,61%	19,53%	0,000	(0,068 – 0,134)
Utilización continuada de la consulta de PF					61,03%	61,02%	0,997	(0,077 – -0,077)

**Tabla 9** de elaboración propia en la que se muestran los resultados obtenidos a través de la comparación de porcentajes de los datos oficiales obtenidos en los centros de salud, tanto en el distrito control como en el distrito intervención.

<sup>12</sup> Se considera utilización continuada en CPN a las mujeres que acuden al menos a 4 consultas durante el embarazo. En caso de la PF se considera a las mujeres que siguen las consultas sucesivas para el control de su método anticonceptivo, por lo que el número de visitas varía en función de los distintos métodos.

Se han comparado los datos primer semestre de intervención del programa – de julio a diciembre de 2018 – con el semestre inmediatamente anterior – enero a junio de 2018 –.

Cabe destacar dos problemas en esta evaluación: el primero es que el semestre de julio a diciembre de 2018 sólo evalúa 5 meses de programa, ya que este se puso en marcha en el mes de agosto de 2018. El segundo problema es que los datos de utilización continuada – tanto de CPN como de consulta de PF – en el distrito control (Sérékale) no han sido adecuadamente recogidos por parte del CS, por lo que no han sido tenidos en cuenta para la evaluación.

Dentro de los resultados, existe una diferencia estadísticamente significativa en los datos de utilización de la CPN, tanto inicial como continuada. En el pueblo control existe una diferencia estadísticamente significativa pero inversa, peores porcentajes en el semestre posterior a la implantación del programa.

Como parte negativa, existe un empeoramiento estadísticamente significativo de los porcentajes de utilización inicial de las consultas de planificación familiar. Esta diferencia no se da en el distrito control.

## 7. Limitaciones de la evaluación

Toda evaluación en cooperación internacional es difícil, pero en el ámbito sanitario se presentan unas particularidades concretas que es necesario tener en cuenta a la hora de realizar la evaluación.

El programa que se evalúa incide sobre un ámbito determinado de la salud, en este caso salud materno-infantil, pero es necesario conocer que los cambios en la situación sanitaria de una población pueden estar originados por múltiples elementos ajenos a este sector.

En nuestro caso las limitaciones específicas de la evaluación se indican en la siguiente tabla:

<b>Limitaciones específicas de la evaluación.</b>	
<b>1. Localización geográfica:</b>	El programa se realiza en una zona rural y alejada de la capital de un país del África Subsahariana.
<b>2. Comunicación:</b>	La comunicación con los agentes implicados es, a veces, compleja por la barrera cultural, idiomática o por dificultades técnicas.
<b>3. Dificultad en la obtención de datos:</b>	La falta de políticas sanitarias eficaces en el país y las dos limitaciones anteriormente expuestas dificultan la obtención de los datos necesarios para llevar a cabo la evaluación.
<b>4. Estacionalidad:</b>	Existen grandes diferencias entre las dos principales estaciones – época seca y época de lluvias – que pueden suponer un sesgo a la hora de evaluar los resultados del programa.
<b>5. Presencia de acciones concomitantes:</b>	Existen políticas sanitarias estatales y programas de cooperación internacional concomitantes que pueden provocar cambios en la situación sanitaria no debidos al programa, lo que dificulta la evaluación de este.
<b>6. Falta de estratificación y aleatorización en encuestas poblacionales:</b>	No se realizó un adecuado muestreo ni aleatorización representativo, por lo que los resultados no son extrapolables a toda la población.
<b>7. Diseño:</b>	El mayor inconveniente de este diseño es que no se asegura una validez interna tan grande como en los diseños experimentales, ya que al no existir aleatorización puede haber importantes diferencias en las variables relacionadas con el fenómeno que se estudia. Por otra parte, ofrece facilidades en tanto que se utilizan grupos naturales ya existentes.

**Tabla 10** de elaboración propia donde se recogen las limitaciones específicas de la evaluación.

## 8. Discusión y conclusiones

La evaluación es una herramienta indispensable tanto en la programación sanitaria como en la cooperación internacional al desarrollo, haciéndose imprescindible a la hora de detectar deficiencias e implementar soluciones para conseguir el mejor resultado posible. En este trabajo se ha realizado una evaluación intermedia de un programa sanitario que forma parte de un proyecto de cooperación internacional al desarrollo.

La evaluación de proceso es la medida más directa para evaluar la calidad de un programa. En nuestro caso la mayoría de las actividades han sido llevadas a cabo de una manera satisfactoria, debiéndose revisar e implementar las mejoras oportunas en relación con el desempeño de los trabajadores comunitarios. La acción de estos trabajadores comunitarios en salud es una pieza fundamental del programa, ya que existen estudios donde se demuestra que puede ser efectiva a la hora de aumentar la cobertura de los servicios de salud materno-infantil [14,15]. Algunos estudios hablan también de la necesidad de remuneración para una adecuada actividad de esta red de trabajadores comunitarios, por lo que parece razonable estudiar una posible retribución a la hora de implementar las medidas oportunas tras la evaluación [16].

En cuanto a conocimientos, existe una diferencia estadísticamente significativa en algunas de las variables evaluadas. Aunque no se puede afirmar que las muestras sean representativas de la población total de ambos distritos, estos resultados sirven para evaluar de manera indirecta los talleres de sensibilización comunitaria y la actividad de la “animatrice”, por lo que se considera que el trabajo ha sido adecuado.

Los resultados de las encuestas de calidad de vida no son estadísticamente significativos, pero hay que tener en cuenta que es difícil obtener resultados en este ámbito, ya que 6 meses es un periodo de tiempo corto. Además, la encuesta de calidad de vida mide muchas variables no relacionadas directamente con las actividades del programa sanitario.

En cuanto a los datos oficiales recogidos en los centros de salud, existe alguna diferencia estadísticamente significativa respecto a la utilización – inicial y continuada – de la consulta prenatal. Pero resulta llamativo el empeoramiento significativo en cuanto a la utilización inicial de las consultas de planificación familiar, por lo que habrá que estudiar más a fondo las posibles causas de este cambio y reforzar las medidas que se incluyen en el programa y que se relacionan con la importancia de la planificación familiar y el espaciamiento de los embarazos.

Se puede concluir que:

1. El programa de intervención comunitaria en salud materno-infantil en el distrito de Biró [7] es pertinente y ha sido definido con suficiencia.
2. El trabajo de sensibilización por parte de la “animatrice” genera cambios en las actitudes y comportamientos de la población local.

3. Las actividades llevadas a cabo como parte del programa mejoran los datos de cobertura de la CPN, pero empeoran los de PF, por lo que es necesario e importante identificar las causas de este empeoramiento para fases posteriores.

## **9. Formulación de propuestas de acción futura**

Este trabajo de evaluación, junto con la evaluación que se llevará a cabo en agosto de 2019 – 1 año tras la implantación del programa – se presentará a los responsables de la ZSNKP y de las dos entidades colaboradoras que forman parte del programa.

Es importante destacar que el programa se encuentra en su fase piloto, interviniendo solo en el distrito de Biró. A la luz de estos resultados, parece razonable esperar a los resultados de la evaluación final de la fase piloto, e implementar las medidas oportunas encaminadas a subsanar las deficiencias encontradas.

Por todo ello, las acciones futuras que se plantean son: valorar las deficiencias extraídas de este trabajo y las que se puedan encontrar al finalizar el primer año de actividad del programa, diseñar los cambios y medidas adecuados para subsanar esas deficiencias e implementar esos cambios, pero continuando con la fase piloto en el distrito de Biró. Se realizará otra evaluación intermedia y final del programa piloto tras la implementación de nuevas medidas. En caso de que los resultados sean buenos, se comenzará una busca activa de fondos y de entrevistas con los responsables de la ZSNKP para extender el programa al resto de distritos de la comuna.

## **10. Aspectos éticos y conflicto de intereses**

El presente trabajo cuenta con la aprobación del comité ético de investigación del Hospital Universitario Río Hortega. Además, el proyecto en el que se encuadra este trabajo de evaluación, “Né à Nikki” cuenta con la aprobación del comité ético de la ONGD OAN International.

Todos los datos de los participantes en el programa han sido tratados de forma codificada y de manera confidencial.

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

## **11. Agradecimientos**

Agradecer en primer lugar a las dos organizaciones que han hecho posible que se lleve a cabo tanto este trabajo como el proyecto en general, OAN International y JEDES BESEN Sia. Agradecer a mi tutora, la Dra. Verónica Casado Vicente por su coordinación y supervisión a la hora de realizar esta evaluación, a Socorro Fernández Arribas, médica epidemióloga, por su ayuda y apoyo y a todo el personal sanitario de la comuna de Nikki que ha participado en el programa, en especial al personal del CS de Biró, del CS de Tebo, del CS de Sponsoré y del CS de Sérékale. Por último, todo este trabajo no podría haber sido posible sin el trabajo de mis compañeros de proyecto: Itziar Diego, Celia Valderrama, Gonzalo Olmedo, Elena Toledano, Zoukarnaini Yinde, y muy especialmente Marina Fidalgo.

## 12. Bibliografía:

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Índices e indicadores de Desarrollo Humano. Naciones Unidas. Nueva York, 2018.
2. Oficina de Información Diplomática. Ficha país: Benín República de Benín. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Madrid, 2018.
3. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018: Indicateurs Clés. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA, 2018.
4. Lafia O. Plan de Développement Communal (PDC) 2017-2021. Commune de Nikki: Département du Borgou. Ciradel. Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale. Cotonou. 2017.
5. Diego I, Casado V. Diagnóstico de salud comunitario: Comuna de Nikki, Benín. Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018.
6. López A, Rosell I, Almaraz A. Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki (Benín). Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018.
7. Olmedo G, Casado V. 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). Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018.
8. Pineault R, Davelou C. La planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Segunda Edición. Masson,SA: Barcelona, 1990.
9. 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.
10. Valderrama C, González C. Maru Dangaruu: Modelo de sensibilización comunitaria sobre planificación familiar en la comuna de Nikki (Benín) a partir de la evaluación de un proyecto piloto. Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018.
11. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2016.
12. Plan National de Développement Sanitaire (2009 – 2018). Direction de la programmation et de la prospective. Ministère de la Santé. Cotonou, 2009.
13. Toledano E, González C. Gberou Wokoubou: Análisis socio-cultural y propuestas estratégicas en un programa de educación para la salud sexual y reproductiva en Nikki (Benín). Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018.
14. Jacobs C, Michelo C, Moshabela M. Implementation of a community-based intervention in the most rural and remote districts of Zambia: A process evaluation of safe motherhood action groups. Implementatio Science. 2018. 1(1): 1-10.

15. Jacobs C, Michelo C, Chola M. Evaluation of a community-based intervention to improve maternal and neonatal health service coverage in the most rural and remote districts of Zambia. *Plos One*. 2018. 13(1): 1-15.
16. Turinawe E, Rwemisisi J, Groot M. Towards Promotion of Community rewards to Volunteer Community Health Workers? Lessons from Experiences of Village Health Teams in Luwero, Towards Promotion of Community rewards to Volunteer Community Health Workers? Lessons from Experiences of Village. *Research in Health Science*. 2016. 1(2): 85-97.