

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Daniel Rubens

Análisis de las evaluaciones efectuadas a las intervenciones médico-humanitarias ejecutadas por Médicos sin Fronteras, en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, en el período 2005-2010

Tesis presentada para la obtención del título de Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.

Director de la tesis

María Eugenia Brissón

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa).

Cita sugerida

Rubens, Daniel. (2015). Análisis de las evaluaciones efectuadas a las intervenciones médico-humanitarias ejecutadas por médicos sin fronteras, en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, en el período 2005-2010 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. [fecha de consulta: ____]

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Rubens_D_Analisis_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús

DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11° Cohorte – 2008-2011

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO: Análisis de las evaluaciones efectuadas a las intervenciones médico-humanitarias ejecutadas por Médicos sin Fronteras, en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, en el periodo 2005 – 2010

MAESTRANDO: Médico, Daniel Rubens, Universidad Nacional de Buenos Aires.

DIRECTORA: Bioquímica, María Eugenia Brisson, Universidad Nacional del Litoral. Diplomada en servicios de salud y sociedad, FLACSO. Master en planificación, gestión y políticas de salud, Universidad de Leeds, Inglaterra. Docente investigadora UNLa.

FECHA DE ENTREGA: Julio 2015

LANÚS, ARGENTINA

Universidad Nacional de Lanús

DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11° Cohorte – 2008-2011

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TITULO: Análisis de las evaluaciones efectuadas a las intervenciones médico-humanitarias ejecutadas por Médicos sin Fronteras, en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, en el periodo 2005 - 2010

MAESTRANDO: Médico, Daniel Rubens, Universidad Nacional de Buenos Aires.

DIRECTORA: Bioquímica, María Eugenia Brisson, Universidad Nacional del Litoral. Diplomada en servicios de salud y sociedad, FLACSO. Master en planificación, gestión y políticas de salud, Universidad de Leeds, Inglaterra. Docente investigadora UNLa.

INTEGRANTES DEL JURADO

Bioquímico Juan Carlos Bossio
Magister Osvaldo Rico Cordeiro
Magister Alejandro Moyano

FECHA DE APROBACIÓN

15/07/2015

CALIFICACION

8 (ocho)

RESUMEN

Las evaluaciones a los proyectos de asistencia humanitaria constituyen un apartado especial en el contexto del ejercicio evaluativo, relevantes dado el carácter social y político de los proyectos de intervención humanitaria, que responden a las necesidades de poblaciones extremadamente vulnerables y marginalizadas. Esta investigación de tipo metaevaluación sobre informes de evaluación de proyectos humanitarios realizados por MSF-OCBA revela una deficiencia en términos de presencia y precisión de los términos de referencia en su carácter de guías conceptuales y metodológicas del ejercicio evaluativo, lo cual limita la definición de tareas de los evaluadores y la posibilidad de detectar eventuales sesgos. Las actividades de lobby tienen un buen desempeño demostrado en la obtención de mejores diagnósticos, tratamientos y otras condiciones para los beneficiarios, y las recomendaciones se destacan por su detallado desarrollo aunque sin una adecuada previsión de su seguimiento. Un mejor diseño de las evaluaciones redundaría en aprendizaje para futuros proyectos humanitarios.

PALABRAS CLAVE: evaluación, meta-evaluación, asistencia humanitaria.

ABSTRACT

Evaluations to humanitarian assistance projects are a special section in the context of the evaluation exercise, relevant given the social and political character of humanitarian intervention projects that respond to the needs of extremely vulnerable and marginalized populations. This metaevaluation type research on evaluations reports of humanitarian projects carried on by MSF-OCBA reveals a deficiency in terms of presence and accuracy of the terms of reference in their character of conceptual and methodological guidelines of the evaluation exercise, which limits the definition of tasks of the evaluators and the possibility to detect possible biases. Lobbying activities are performing well demonstrated in obtaining better diagnoses, treatments and other conditions for beneficiaries, and recommendations are highlighted for their detailed development but without adequate foresight for its monitoring. A better evaluation design would result in lesson learning for future humanitarian projects.

KEYWORDS: evaluation, meta-evaluation, humanitarian assistance.

APÉNDICES

Apéndice A - Matriz de análisis.....	147
Apéndice B – Entrevista a Informantes Claves: Evaluadores.....	149
Apéndice C – Entrevista a Informantes Claves: Interventores de Proyecto.....	159
Apéndice D – Entrevista a Informantes Claves: Personal Departamento Médico de MSF....	168

ANEXO

Anexo 1: ALNAP Quality Proforma (ALNAP 2005). Traducción en español.....	178
--	-----

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Desempeño de las Áreas Analizadas según Lista de Cotejo.....	119
Figura 2. Desempeño global de las Evaluaciones.....	120

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 - Los Términos de Referencia (TdR).....	100
Tabla 2 – Pertinencia de los métodos de evaluación.....	101
Tabla 3 –Limitaciones de la evaluación.....	102
Tabla 4 –Análisis de contexto y de crisis a la que responde la intervención.....	103
Tabla 5 – Eficiencia (incluyendo costo-efectividad).....	104
Tabla 6 – Efectividad (incluyendo oportunidad).....	105
Tabla 7 – Impacto.....	106
Tabla 8 – Relevancia / pertinencia.....	107
Tabla 9 – Sostenibilidad / conectividad.....	107
Tabla 10 – Cobertura.....	109
Tabla 11 – Protección.....	110
Tabla 12 – Capacitación.....	111
Tabla 13 – Lobby.....	112
Tabla 14 – Conclusiones.....	116
Tabla 15 – Recomendaciones.....	117
Tabla 16 – Atribución de puntaje a las categorías de clasificación de áreas analizadas..	119

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ALNAP: The Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action
ANCP: Australian AID NGO Cooperation Program
APS: Atención primaria de la salud
AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
CDC: Centre for Disease, Control and Prevention
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja
DAC: Development Assistance Committee
DNDi: Drugs for Neglected Diseases initiative
EAH: Evaluación de la Acción Humanitaria
EID: Enfermedades Infecciosas Desatendidas [traducción del inglés NID: Neglected Infectious Diseases]
FICR: Federación Internacional de la Cruz Roja
FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
GPR: Good Practice Review
HAP: Humanitarian Accountability Partnership
HPG: Humanitarian Policy Group
IEC: Información, Educación y Comunicación
IPCC: Intergovernmental Panel on Climatic Change
JEEAR: Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda
KEC: Key Evaluation Checklist
MdS: Ministerio de Salud
MEC: Meta-Evaluation Checklist
MSF: Médicos sin Fronteras
MSFE: Médicos sin Fronteras España
MSF-OCBA: Médicos sin Fronteras, Célula Operacional Barcelona-Atenas [del inglés Operational Cell Barcelona Athens]
NU: Naciones Unidas
OECD-DAC: Organization for Economic Cooperation and Development – Development Assistance Committee
ODI: Overseas Development Institute
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización no gubernamental
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
RAE: Real Academia Española
RDC: República Democrática del Congo
SUS: Sistema Único de Salud (Brasil)
TB: Tuberculosis
TdR: Términos de Referencia
TEC: Tsunami Evaluation Coalition
THA: Tripanosomiasis Humana Africana
TME: Tasa de Mortalidad Específica
UNFPA: United Nations Population Fund

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	12
2. PROPÓSITO	16
3. PREGUNTA / PROBLEMA.....	17
4. HIPÓTESIS	18
5. OBJETIVOS.....	19
5.1) Objetivo general	19
5.2) Objetivos específicos.....	19
6. FUNDAMENTACIÓN / JUSTIFICACIÓN	20
7. ESTADO DEL ARTE / MARCO TEÓRICO.....	23
7.1 Epidemias, desastres, enfermedades olvidadas	23
7.1.1 <i>Datos relevantes, en cifras</i>	26
7.2) Intervenciones humanitarias: abordaje y evolución de su evaluación	31
7.3 Conceptos centrales: evaluación y meta-evaluación	40
7.3.1 <i>Instrumentos y métodos de la meta-evaluación</i>	48
7.3.2 <i>Aplicabilidad de la meta-evaluación</i>	53
8. METODOLOGÍA	56
8.1 Tipo de estudio.....	56
8.2 Objeto de estudio	56
8.3 Unidad de Análisis.....	56
8.4 Sistematización, análisis e interpretación de la información.....	57
8.4.1 <i>Revisión de documentación institucional</i>	57
8.4.2 <i>Revisión de bibliografía</i>	58
8.4.3 <i>Revisión y sistematización de informes de evaluación</i>	59
8.4.4 <i>Análisis e interpretación de los datos / información</i>	60
8.5 Limitaciones del estudio	62
8.6 Tratamiento de datos e información	64
9. RESULTADOS	66
9.1 Perfiles según tipo de Intervención:	67
9.1.1 <i>Desastres Naturales (Evaluaciones 1 y 13):</i>	67
9.1.2 <i>Desastres Provocados por el Hombre (Evaluaciones 3, 6, 9, 11 y 14)</i>	72
9.1.3 <i>Enfermedades Olvidadas (Evaluaciones 7, 8, 10 y 12)</i>	78
9.1.4 <i>Epidemias (Evaluaciones 2, 4 y 5)</i>	86
9.2 Aspectos técnicos: Instrumentos.....	92
9.2.1 <i>Matriz de Análisis y Lista de Cotejo (ALNAP Quality Proforma): semejanzas, diferencias, complementariedades</i>	92
9.2.2 <i>Validación de los instrumentos y antecedentes de su utilización</i>	96
9.2.3 <i>Valoración de las evaluaciones</i>	99
9.2.4 <i>Integración de los hallazgos analizados</i>	118
9.3 Aspectos políticos y éticos.....	120

10. DISCUSIÓN.....	126
10.1 Acerca de los instrumentos: matriz de análisis y lista de cotejo	126
10.2 Comentarios globales finales	127
10.2.1. <i>Percepción personal del proceso de investigación</i>	134
10.3 Líneas de trabajo futuras.....	137
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
APENDICES.....	147
ANEXO.....	178

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se propone efectuar un análisis de un cuerpo constituido por 14 evaluaciones realizadas a intervenciones de ayuda humanitaria motivadas por epidemias, desastres naturales o provocados por el hombre, y por enfermedades olvidadas, llevadas adelante por MSF-OCBA¹ entre los años 2005 y 2010. Se busca determinar a través del análisis si existen elementos que permitan identificar un diseño evaluativo, y mejorarlo de ser necesario, para así optimizar la utilización de las evaluaciones en vistas de conseguir un beneficio para futuras intervenciones del mismo tipo, en su planificación, implementación, y en el logro de resultados, efectos e impactos deseados.

En el análisis efectuado se consideran no solamente la calidad técnica de las evaluaciones, sino que se abordan con especial atención los elementos de naturaleza política y ética implicados en el diseño y para una mejor comprensión de tales evaluaciones, asumiendo que en las intervenciones evaluadas, por sus características, intervienen también las percepciones, experiencias, tendencias políticas, ideologías, e intereses de los diferentes actores involucrados en la acción, sin excluir a los propios evaluadores.

La hipótesis que promueve la investigación es que las evaluaciones efectuadas a las intervenciones sanitarias se efectúan sin un adecuado cuidado en la elección y la aplicación de métodos y técnicas utilizados para la recopilación de los datos y el análisis de los resultados obtenidos, y que contemplen la naturaleza específica de las intervenciones, el contexto y los antecedentes que en gran medida influyen en su causa y desarrollo. También se considera que no se atienden de manera adecuada los contratos, los temas transversales, los medios para el control de sesgos, y la explicitación de los alcances y limitaciones de estas evaluaciones, lo que afecta consecuentemente el análisis de los hallazgos, y limita lo que debe ser el propósito primario del ejercicio evaluativo, esto es el aprendizaje personal e institucional. Este aprendizaje debe facilitar el uso de las recomendaciones por parte de los distintos actores del

¹ MSF-OCBA: Médicos sin Fronteras – Operational Cell Barcelona Athens. MSF cuenta con cinco Secciones o Células Operacionales: MSF-F Francia (París), MSF-B Bélgica (Bruselas), MSF-H Holanda (Amsterdam), MSF-CH Suiza (Ginebra), y MSF-OCBA (Barcelona-Atenas), citada en algunos informes según su anterior denominación MSF-E (Médicos sin Fronteras España)

proceso de toma de decisiones, para una implementación adecuada de las intervenciones humanitarias, y para el desarrollo apropiado de evaluaciones de estas intervenciones que nutran de manera cíclica el desenvolvimiento de la acción humanitaria.

En este sentido se ha reconocido que las operaciones de ayuda humanitaria, que han crecido mucho las últimas décadas en frecuencia, tamaño, personal involucrado y presupuesto asignado, adolecen de un ejercicio evaluativo sistemático, y de metodologías apropiadas de evaluación, lo que redundaría en una lamentable pérdida de oportunidad de aprender de las experiencias obtenidas, ya que la documentación sobre la habilidad de las intervenciones humanitarias para aliviar el sufrimiento y contener la mortalidad continúa siendo limitada. (Hallam, 1998, Birnbaum & Sundnes, 2001, Roberts & Hofmann, 2004).

Interpelado por haber participado por años en intervenciones humanitarias, y compartiendo desde mi experiencia las observaciones del párrafo precedente, abordé la investigación mediante una metodología basada en un análisis de tipo meta-evaluación de carácter cualitativo, descriptivo y explicativo, referido al diseño, proceso y resultado, e incluyendo enfoque/marco conceptual, aspectos metodológicos, instrumentos, actores, productos, formulación de juicios valorativos y recomendaciones de las 14 evaluaciones a proyectos que en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas efectuó MSF-OCBA entre 2005 y 2010.

Para esto se propuso una revisión de la documentación oficial y bibliográfica, revisión y sistematización de los informes de evaluación, y consultas a informantes clave. En línea con la falta de un ejercicio sistemático del ejercicio evaluativo a la acción humanitaria señalada por diversos autores, se experimentó, en la recuperación de artículos relevantes, una cierta escasez de documentación fiable relacionada con el tema específico de esta investigación.

Para la revisión de los informes de evaluación se utilizaron dos instrumentos: una matriz de análisis confeccionada por el investigador en base a su experiencia previa en la temática, y orientada según las características de la organización implementadora de las intervenciones (Médicos sin Fronteras), y una lista de cotejo o “check-list”, la Quality Proforma específicamente diseñada para el análisis de intervenciones humanitarias por el ALNAP, una organización que desde 1997 se encarga del desarrollo de herramientas de evaluación orientadas al sector humanitario internacional. La lista de cotejo incorpora un

sistema de puntaje mediante el cual se efectuó una cuantificación de los resultados del análisis.

En relación con las entrevistas a informantes clave estas estaban dirigidas a interventores en los proyectos evaluados, profesionales del departamento médico de MSF-OCBA, y a los propios evaluadores, y fueron confeccionadas en conjunto entre el investigador y el Director Médico de MSF-OCBA, con quien se efectuó una serie de intercambios hasta lograr un producto de calidad en los formularios de las encuestas. Consideradas un elemento clave para el análisis por su capacidad de ampliar y complementar la información obtenida por otros medios, y de enriquecer el análisis e interpretación de los informes, lamentablemente no se pudieron recuperar ni utilizar por la interposición de un obstáculo que será merecedor de análisis más adelante, lo que presupone una limitación en el resultado final de la investigación.

La investigación revela una deficiencia, por su omisión o por su falta de precisión, de los términos de referencia (TdR), que resulta un dato de particular relevancia por tratarse de los contratos que enmarcan conceptual y metodológicamente al ejercicio evaluativo. El hecho que sólo 4 de las 14 evaluaciones incorporen los TdR revela un destacable punto débil con consecuencias que afectan aspectos tales como las tareas de los evaluadores, la calidad y transparencia de los informes, y la posibilidad de detectar eventuales sesgos, entre otros. Las actividades de lobby constituyen una herramienta política en la que se apoya la organización para el logro de un buen desempeño demostrado, entre otros ejemplos, en la validación oficial de protocolos para tratamiento de enfermedades olvidadas, el acceso a la ayuda humanitaria de urgencia superando trabas burocráticas previas, y la provisión de agua segura a la población en medio de una epidemia de cólera. En cuanto a las recomendaciones estas son claras, relevantes e implementables en términos generales, y provienen de las principales conclusiones, aunque son pocas las que prevén actividades de contraloría para su seguimiento.

La mejora en las evaluaciones de proyectos de intervención humanitaria se basará en los cambios en el diseño de un modelo evaluativo que se adapte a los escenarios complejos y cambiantes, atravesados por cuestiones políticas y operacionales, que requieren datos fiables que permitan emitir juicios valorativos fundamentados como base de

recomendaciones útiles. Se deberá prever la presencia de términos de referencias que guíen a todos los implicados en la evaluación, y de una metodología robusta que permitan triangular la información recabada para darle credibilidad a los hallazgos. La participación activa de todos los interesados en la evaluación mediante entrevistas y discusiones grupales asistirá a enriquecer el análisis y a obtener evaluaciones útiles y viables.

2. PROPÓSITO

La presente investigación tiene como propósito analizar las evaluaciones realizadas a intervenciones de ayuda humanitaria realizadas por MSF-OCBA a los fines de determinar si existen elementos que permitan mejorar el diseño evaluativo de modo de potenciar su utilización en el mejoramiento de dichas intervenciones tanto en su planificación e implementación, como en logro de resultados, efectos e impactos deseados. En el análisis se consideran tanto la calidad técnica como los elementos de naturaleza política implicados en el diseño para una mejor comprensión de tales evaluaciones, sin intención de efectuar en este estudio la *re-evaluación* de los proyectos mismos.

3. PREGUNTA / PROBLEMA

¿Cuáles son los puntos débiles y fuertes en relación con el marco teórico referencial, contexto, abordaje/posicionamiento, objeto/sujeto de estudio, actores involucrados, criterios, receptores y acceso a la información producida por la evaluación, técnicas, instrumentos, tratamiento de la información, términos de referencia, evaluador/evaluadores, calendario, costos/recursos, aspectos éticos contemplados, divulgación de resultados, detalle y argumentación de las conclusiones y recomendaciones, entre otros, de las evaluaciones efectuadas a las intervenciones sanitarias en situación de epidemia, desastre y enfermedades olvidadas que deberían contemplarse y/o mejorarse para asegurar una calidad consistente en las evaluaciones, facilitar la utilización de sus hallazgos/recomendaciones y promover una mejor comprensión y práctica de la tarea evaluativa para el mejoramiento de las intervenciones humanitarias?

4. HIPÓTESIS

Las evaluaciones efectuadas a las intervenciones sanitarias en situación de epidemias, desastres y enfermedades olvidadas han sido efectuadas sin un adecuado cuidado en la elección y la aplicación de métodos y técnicas utilizados para la recopilación de los datos y el análisis de los resultados que contemple la naturaleza de las intervenciones, el contexto y los antecedentes, las cuestiones evaluativas que se pretenden responder, los temas transversales, los medios para el control de sesgos, la explicitación de sus alcances y limitaciones dificultando consecuentemente el análisis de hallazgos y lecciones aprendidas y la utilización de sus conclusiones/recomendaciones por parte de los distintos actores del proceso de toma de decisiones para el mejoramiento de la implementación y evaluación de las intervenciones humanitarias.

5. OBJETIVOS

5.1) Objetivo general

Analizar las características de las evaluaciones realizadas a proyectos de intervención de MSF-OCBA en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas en el período 2005-2010 e identificar los elementos que podrían mejorar la comprensión e implementación de estos ejercicios evaluativos y facilitar la utilización de sus hallazgos y recomendaciones en el proceso de toma de decisiones para el mejoramiento de la capacidad de respuesta, y de las propias evaluaciones.

5.2) Objetivos específicos

I. Analizar las principales características de las evaluaciones efectuadas a intervenciones en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas en el periodo mencionado.

II. Determinar la posible correspondencia de las evaluaciones analizadas a algún modelo evaluativo relacionado con el tipo de intervención

III. Analizar en cada evaluación los términos de referencia, la conveniencia y oportunidad del estudio, los actores y sujetos involucrados, el análisis del contexto y de la intervención, el abordaje adoptado, criterios, el proceso de la evaluación, sus focos, fines y estrategias, utilidad, los aspectos éticos contemplados, técnicas e instrumentos de recolección de datos, el tratamiento de la información, los resultados, la sustentación de las argumentaciones y la suficiencia de las recomendaciones, la identificación de la audiencia, los informes, la difusión de los mismos, la pertinencia de los evaluadores, los recursos, entre otros.

IV. Comprender la utilidad, viabilidad, el patrón de ética y precisión² de las evaluaciones según tipo de intervención en función de su potencial operativo para los distintos actores en el proceso de toma de decisiones para el mejoramiento de dichas intervenciones.

V. Desarrollar y proponer los elementos que aporten al ejercicio sistemático y riguroso de evaluaciones realizadas en intervenciones humanitarias

²Criterios o atributos que se consideran necesarios y suficientes para que se tenga una buena evaluación (Leitchevsky, Marley Vellasco, Tanscheit & Castro Souza, 2005).

6. FUNDAMENTACIÓN / JUSTIFICACIÓN

Desde finales de los años '90 se ha producido una revalorización de los procesos de evaluación de las organizaciones a cargo de proyectos sociales y de salud, motivada principalmente por un criterio economicista que intenta mejorar los niveles de eficiencia de los proyectos y programas, no siempre enfocando sobre la eficacia de los mismos. En estos años se han desarrollado y puesto a punto instrumentos para la evaluación de los proyectos sociales, pero queda aún por recorrer un camino en el sentido de *mejorar la eficiencia de los proyectos eficaces* (Niremborg, Browerman, & Ruiz, 2007), sin perseguir la eficiencia como fin en sí mismo o como valor absoluto, y priorizando, en el proceso evaluativo, el cumplimiento con calidad de los objetivos de los proyectos y programas.

Desde las últimas décadas del siglo XX se ha producido un incremento de las intervenciones sociales por parte de Estados e Instituciones, por múltiples causas y factores que serán señalados más adelante en este trabajo y que no excluye a las epidemias, a los desastres y las catástrofes, acompañado de un incremento concomitante de los costos de estas intervenciones, y asociado también a las limitaciones presupuestarias impuestas por el abordaje predominantemente economicista y neo-liberal de la mayoría de los gobiernos de occidente en la época señalada.

Este incremento de las intervenciones ha determinado una revalorización de la utilidad e integralidad del ejercicio evaluativo, por su capacidad de atravesar todos los tiempos de una intervención social, desde los propios determinantes sociales que motivan su puesta en agenda y aplicación. Las evaluaciones sirven para recoger y analizar la información necesaria mediante indicadores para observar la marcha de las actividades destinadas a cumplir con los objetivos propuestos, incluyendo los costos y presupuestos de las intervenciones mediante el monitoreo financiero que las evaluaciones prevén.

Desde las últimas tres décadas, las sociedades democráticas han venido asistiendo al paulatino desarrollo de la evaluación, motivado por la creciente necesidad sentida en el Estado capitalista avanzado de valorar los efectos de las políticas públicas. Efectivamente, la evaluación ha pasado de ser una actividad periférica a convertirse en un tipo de investigación que despierta cada día un mayor interés entre especialistas de muy distintas disciplinas, que es respaldada e impulsada por los gobiernos y, de esta forma, va

alcanzando progresivamente mayores cotas de profesionalización e institucionalización (según House 1993, apud García Sánchez 2009a).

Pero es necesario reconocer que, a pesar del desarrollo alcanzado, evaluar sigue siendo una actividad poco frecuente, y en general bastante resistida, y que las recomendaciones producidas muchas veces no son implementadas, posiblemente por el fenómeno más general de resistencia de los seres humanos al cambio, máxime que las evaluaciones producen, por definición, recomendaciones de cambio. Mayor será la resistencia si tales recomendaciones son percibidas como la significación de “errores” cometidos por quienes son materia de evaluación, los ejecutores de la acción, por estar a cargo de los proyectos evaluados.

A pesar de las resistencias y falencias a las que se enfrentan, las evaluaciones de proyectos y programas sociales han tomado un lugar preponderante, desde que los gobiernos y los donantes reconocieron la necesidad de revisar las características de las acciones e intervenciones por ellos efectuadas y/o financiadas. Los proyectos de intervención humanitaria no serían la excepción, y debido a la exigencia de donantes de contar con sistemas y actividades específicas de evaluación, y a la necesidad de tomar nota de las lecciones aprendidas en intervenciones de gran envergadura se ha reconocido en los últimos años una necesidad concreta de evaluar proyectos y programas de intervención humanitaria, como se refleja en las siguientes citas de autores reconocidos en la temática investigada:

Las operaciones de ayuda humanitaria han sido sometidas a procedimientos de monitoreo y de evaluación menos rigurosos que los aplicados a los programas de desarrollo, y dado el aumento de los montos asignados a estas intervenciones, y de la percepción del aumento de la complejidad de la asistencia humanitaria, se ha hecho patente la necesidad del desarrollo de metodologías apropiadas de evaluación de este tipo de operaciones (Hallam, 1998).³

Los desastres crecen en frecuencia y severidad alrededor del mundo. Los costos asociados a estas catástrofes no dejan de dispararse. Estos costos se pueden cuantificar en términos humanos, económicos e intangibles [...]. Sin evaluaciones estructuradas y objetivas de las respuestas y las medidas tomadas para prevenir o mitigar los efectos de eventos resultantes en desastres, no es posible aprender de las experiencias obtenidas por otros para optimizar la capacidad de absorción de la sociedad, ni las respuesta a tales desastres (Birnbaum & Sundnes, 2001).⁴

³ Traducción libre del autor

⁴ Traducción libre del autor

Otros autores han reconocido que si bien ha existido una mejora significativa en el diseño y en la gestión de respuestas de ayuda humanitaria, la documentación sobre la habilidad de las intervenciones humanitarias para aliviar el sufrimiento y contener la mortalidad continúa siendo limitada. Los estudios epidemiológicos podrían potencialmente ser una herramienta útil para la medición del impacto de las intervenciones de salud en crisis humanitarias, pero los métodos de encuesta o sistemas de vigilancia son principalmente utilizados para alarma temprana o evaluaciones de necesidad de respuestas de emergencia, en tanto su potencial para evaluar el impacto de programas de ayuda es subutilizado (Roberts & Hofmann, 2004).⁵

Los evaluadores deben lograr transmitir y concretar los beneficios mutuos del ejercicio de la evaluación en tanto aprendizaje, y los resultados de las evaluaciones deben concretarse en devoluciones con recomendaciones viables para la resolución de los problemas sobre los que se está operando. Sin embargo se deberá considerar que la toma de decisiones es un proceso complejo en el cual la información (producida en este caso por la evaluación) jugará un papel importante, pero que en él intervienen también las percepciones, experiencias, tendencias políticas, ideologías, intereses, intuición, etc. de los diferentes actores involucrados en la acción.

En cuanto a la justificación personal con el tema, mi experiencia profesional en varias organizaciones humanitarias en proyectos y programas vinculados a situaciones de epidemias, desastres y enfermedades olvidadas avala mi observación respecto a la posibilidad de incrementar el número de evaluaciones de las intervenciones sanitarias motivadas por estas situaciones, mejorar su realización, y optimizar la utilización de tales evaluaciones. La Maestría en curso se vincula con el tema pues al enfocar la evaluación de los proyectos de intervención permite atravesar y revisar transversalmente todas las etapas / niveles de la planificación, programación y gestión de los proyectos, con rigor metodológico. A su vez las cuestiones epidemiológicas y estadísticas en relación con las evaluaciones analizadas serán revisadas a la luz de los conocimientos aportados por la Maestría.

⁵ Traducción libre del autor

7. ESTADO DEL ARTE / MARCO TEÓRICO

7.1 Epidemias, desastres, enfermedades olvidadas

Estos tres conceptos, que son situaciones que en función de los contextos pueden desencadenar intervenciones humanitarias, requieren una explicación detallada y ampliada de su definición, por constituir el eje temático de esta investigación.

La *epidemia* (etimológicamente del griego *epi*: sobre; *demos*: pueblo), es una enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas (Diccionario RAE, 2013). Se trata por lo tanto de una enfermedad ampliamente extendida que afecta a muchos individuos en una población, constituyendo un incremento significativamente elevado en el número de casos observados de una enfermedad con respecto al número de casos esperados en ese período de acuerdo a la historia y tendencia estadísticas.

Desde el punto de vista operativo podemos considerar a una epidemia como al aumento extraordinario del número de casos de una enfermedad infecciosa que ya existe en una región o población determinada. Puede referirse también a la aparición de un número importante de casos de una enfermedad infecciosa en una región o población habitualmente libre de la enfermedad (FICR, 2013).

Independientemente de la definición que se tome, se observa que una *epidemia* concentra en su definición la presencia de un número elevado de casos de una enfermedad en referencia a una estimación previa del límite superior de casos esperados, en un lugar y periodo de tiempo determinados. Etimológicamente, como se observa, el término alude a una situación externa que afecta a una población humana.

La palabra *desastre* refiere a una desgracia grande, suceso infeliz y lamentable (Diccionario RAE, 2013). Se trata de una situación imprevista y sorpresiva que tiene un efecto disruptivo que altera el normal funcionamiento de las sociedades humanas, y que supera la capacidad de respuesta de las mismas. Etimológicamente la palabra desastre está compuesta del sufijo latino *dis* (separación por múltiples vías) y *astro* (estrella), designando así la observación

de un cataclismo estelar por el que una estrella o cuerpo fulgurante cualquiera observado en el cielo, se disgregaba en mil direcciones hasta desaparecer de nuestra vista.

Desde el punto de vista operativo definiremos a un *desastre* como a un “evento súbito que rebasa la capacidad de respuesta del sistema” (Céspedes Mora, 2007). Otras definiciones de desastre extraídas de la misma obra, y que amplían conceptualmente el término son las siguientes:

Interrupción grave en el funcionamiento de una sociedad, causado por un peligro de origen natural o tecnológico, que ocasiona pérdidas humanas, considerables daños materiales o ambientales y sobrepasa la capacidad de respuesta local al no poder superarla por sus propios medios (Oficina de Asistencia para Desastres de los Estados Unidos, citado por Céspedes Mora, 2007).

Alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, causadas por un suceso natural o generado por la acción del hombre, que excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Instituto Nacional de Defensa Civil del Perú, citado por Céspedes Mora, 2007).

Nótese que ambos términos, *epidemia* y *desastre*, suponen *situaciones no previstas*, y que afectan negativamente a las poblaciones humanas involucradas, que no siempre estarán preparadas para responder a las consecuencias por ellas provocadas. Ambas generarán algún tipo de respuesta, una intervención tendiente a la superación, y a la recuperación de una situación de normalidad comparable al momento previo del evento. La optimización de las respuestas a estas dos situaciones se medirá en el número de vidas salvadas, o lo que es lo mismo, en una disminución de los daños y de las muertes evitables. Aquí radica el énfasis puesto en la necesidad de efectuar evaluaciones de las intervenciones para enfrentar estas situaciones, que contribuyan a la toma de decisiones apropiadas por parte de los efectores y decisores de dichas intervenciones, y que devuelvan un aprendizaje tendiente a superar futuros eventos similares.

Finalmente las *enfermedades olvidadas o desatendidas* son “un conjunto de enfermedades infecciosas, muchas de ellas parasitarias, que afectan principalmente a las poblaciones más pobres y con un limitado acceso a los servicios de salud” (OPS, 2012). Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID), siempre de acuerdo a la OPS (2009) se

caracterizan por la “*inversión históricamente baja del sector farmacéutico y por afectar principalmente a los grupos más des-privilegiadas de la sociedad*”. [Cursivas del original]

Las enfermedades olvidadas o desatendidas son, de acuerdo a la OMS (2013) las siguientes 17 patologías: la filariasis linfática, el tracoma, la oncocercosis (o ceguera del río), la dracunculiasis, las helmintiasis intestinales, la esquistosomiasis, la úlcera de buruli, la lepra, el chagas, la enfermedad del sueño, la leishmaniasis, la rabia, la equinococosis, las teniasis / cisticercosis, la trepanomatosis endémica, la trematodiasis alimentaria, y el dengue.

Resulta de sumo interés que sea la autoridad máxima de salud a nivel continental y global quien determine en la definición de enfermedades olvidadas o desatendidas el hecho de que se trata de un grupo de entidades patológicas que no han recibido atención ni inversión por parte de la poderosa industria farmacéutica, lo cual es a todas luces motivado por la ausencia de interés del mercado en vistas del bajo o nulo poder adquisitivo de las poblaciones afectadas.

La OPS (2012) menciona en un artículo descriptivo de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas que las mismas “afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, y carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico”, además de situarse “en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud”.

Continúa describiendo la OPS (2012) a las EID como enfermedades crónicas en su mayoría, con efectos perdurables sobre la salud, con capacidad de afectar el crecimiento, el desarrollo físico e intelectual y la capacidad de aprendizaje, lo cual trae aparejado la disminución de la productividad laboral y la generación de bajos ingresos. Algunas de estas enfermedades pueden incluso generar desfiguración física y la consecuente estigmatización social, todo lo cual se conjuga para provocar una perversa perpetuación del círculo vicioso de la pobreza.

El número de muertes provocado por las EID supera, de acuerdo a Hotez (2007)⁶ las 500.000 anuales, y si bien es considerablemente menor que el que resulta de infecciones respiratorias bajas, enfermedades diarreicas, HIV-SIDA o malaria, de aplicarse mediciones a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), las EID constituyen una enorme carga en la salud y el desarrollo económico de países de bajos ingresos. Los efectos de las EID en su conjunto en la productividad laboral de estas economías medidas en AVAD se correlacionan a enfermedades diarreicas, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, malaria y tuberculosis, y provocan pérdidas anuales estimadas en billones de dólares.

Como consecuencia de la preocupación con la que MSF observaba que, a pesar de los grandes avances en el desarrollo de drogas en las últimas décadas, las medicinas esenciales para tratar muchas enfermedades que afectan al mundo pobre son muy caras, o dejadas de producir, o altamente tóxicas, o simplemente ineficaces, se estimuló la creación de la Iniciativa para Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi⁷). La DNDi es una organización internacional conformada inicialmente con los fondos del Premio Nobel de la Paz obtenido por MSF en 1999, y dedicada a desarrollar un modelo alternativo para la investigación y la producción de nuevas drogas para enfermedades olvidadas. Es así que desde el año 2003 la DNDi está constituida por siete organizaciones: cinco instituciones del sector público de países de cuatro continentes⁸, MSF como organización humanitaria internacional, y el Programa Especial de PNUD/Banco Mundial/OMS para la Investigación y Formación en Enfermedades Tropicales, que actúa como observador permanente de esta iniciativa. La DNDi se ha convertido así en una organización sin fines de lucro, dedicada a la investigación y producción de drogas que, orientada por las necesidades de los pacientes más pobres -y no por el mercado-, está desarrollando en la actualidad drogas para el tratamiento de la malaria, la leishmaniasis visceral, la enfermedad del sueño, y la enfermedad de Chagas.

7.1.1 Datos relevantes, en cifras

En esta edad de la humanidad de avanzados progresos científico-tecnológicos, edad posterior ya a la de las vacunas y los antibióticos, seis enfermedades, -la neumonía, la

⁶ Traducción libre del autor

⁷ www.dndi.org

⁸ a) Fundación Osvaldo Cruz de Brasil, b) Consejo Indio de Investigaciones Médicas, c) Instituto Keniano de Investigaciones Médicas, d) Ministerio de Salud de Malasia, e) Instituto Pasteur de Francia.

tuberculosis, las enfermedades diarreicas, el paludismo, el sarampión y más recientemente el VIH/SIDA- son responsables del 90% de las defunciones por enfermedades infecciosas. Estas seis patologías, a la vez que provocan más de la mitad de todas las defunciones prematuras, causan sobre todo la muerte de niños y adultos jóvenes (OMS, 1999a), en tanto que cinco entre ellas pueden desencadenar epidemias.

El sarampión y el paludismo son enfermedades que ponen en serio riesgo la salud materno-infantil en países en desarrollo. El sarampión no solo es la enfermedad más contagiosa de la especie humana, sino que el virus está entre los más letales a nivel infantil por las complicaciones respiratorias y digestivas, y por la desnutrición que la enfermedad provoca. El paludismo en tanto se comporta como una enfermedad endémico/epidémica, y es responsable del 20% de las defunciones infantiles en el África Subsahariana por sus formas de presentación grave o sus complicaciones, en tanto que las mujeres son también altamente vulnerables al paludismo, particularmente en el curso del embarazo, ya que pueden morir por la misma enfermedad, o sufrir abortos, o dar a luz niños prematuros (OMS, 1999a).

La tuberculosis, que era una de las enfermedades infecciosas sobre las cuales se pronunciaron serias intenciones de erradicación y control en la segunda mitad del siglo XX, pasó en cambio a convertirse en la enfermedad infecciosa que produce más muertes entre adolescentes y adultos a principios del siglo XXI, situación que se vio particularmente afectada por la infección por VIH en virtud de su capacidad de debilitar la inmunidad del huésped, y de activar infecciones de tuberculosis hasta entonces latentes (OMS, 1999a).

Las defunciones provocadas por las enfermedades descriptas provocan una verdadera tragedia humana dado que afectan sobre todo a los niños pequeños y los adultos ganadores del sustento, y por lo tanto su efecto en las economías familiares puede ser catastrófico. Los niños pueden sufrir orfandad a causa de estas enfermedades; por caso la epidemia de SIDA ha dejado huérfanos a más de ocho millones de niños (OMS, 1999a). El panorama económico de estas familias deviene ominoso, por la pérdida de ingresos y el endeudamiento en que incurrir, producto del alto costo de la atención de salud, circunstancias que terminan concurriendo para provocar un empeoramiento de la pobreza y la enfermedad en estos grupos.

Los desastres naturales, por su parte, continúan creciendo en frecuencia y en severidad alrededor del mundo. Los costos asociados con estas catástrofes pueden cuantificarse en términos humanos, ecológicos y económicos. Durante la década 1990-2000, que fuera designada “Década Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales” por la 44° Asamblea General de NU, los desastres causaron cada año una media de 75.000 muertes, y afectaron a una media anual de 256 millones de personas (Arcos González et al, 2002).

El desastre que ha tenido el más alto impacto a nivel global, por sus efectos devastadores sentidos en 12 países de 2 continentes, ha sido el tsunami originado en Indonesia en el año 2004 y que provocó cerca de 300.000 muertos y desaparecidos (Solidaritat,s.f.).

Los desastres naturales, y los provocados por el hombre, predisponen a su vez la irrupción de epidemias de enfermedades infectocontagiosas, de manera inmediata y diferida, en ocasiones varios meses después de ocurrido el desastre. Estas se originan como consecuencia de la disrupción y el desborde de las estructuras sanitarias provocadas por estos desastres, y acarrear un número aún mayor de víctimas, obligando a desplegar otra serie de intervenciones preventivas y curativas.

Como señala Doval (2006), las crisis extraordinarias de emergencias en la salud de grandes poblaciones debido a desastres naturales, guerras o contiendas civiles, represión política, desplazamiento masivo de poblaciones, hambrunas y enfermedades epidémicas producen sufrimientos y daños espirituales y físicos inenarrables y a veces irreparables a las personas que los padecen. En cuanto a los daños físicos sobre la salud, en su forma más extrema se cuantifican con la medición de la mortalidad en el momento de las crisis. En tal sentido Doval consigna que las muertes ocasionadas por motivo de crisis recientes con emergencias humanitarias fueron 800.000 en Ruanda, 250.000 muertos estimados en Bosnia, más de 150.000 muertos en Irak, 70.000 en Darfur, Sudan, y 12.000 en Kosovo, y contrariamente a lo que se podría pensar solo el 10% de esas muertes son víctimas directas de la violencia armada, en tanto el 90% restante se debe a fenómenos paralelos a la guerra tales como desplazamientos masivos de poblaciones, en el contexto de un sistema de salud colapsado, con la ausencia de bienes básicos para la vida tales como agua potable, servicios sanitarios, elementos de higiene y alimentos. Esta combinación de carencias elementales

favorece la aparición de epidemias de enfermedades rápidamente transmisibles y letales cuando no se pueden tomar las medidas necesarias de contención sanitaria, tales como cólera, sarampión, diarreas, e infecciones respiratorias.

Los desastres, naturales o provocados por el hombre, pueden agravar considerablemente el riesgo de epidemias, al igual que las condiciones de vida en los campamentos de refugiados superpoblados. El resultado son a menudo brotes fulminantes, con altas tasas de letalidad, como por ejemplo los brotes de cólera reportados por la OMS (2009b), que como consecuencia de la post-guerra de Ruanda en 1994 causaron en un corto período de tiempo de un mes cerca de 48000 casos con una mortalidad cercana al 50% en los campos de refugiados de Goma, en el Congo. Si bien es raro que las tasas de mortalidad de las epidemias de cólera sean tan altas el fenómeno continúa preocupando a las autoridades de salud a nivel global, por el elevado costo en términos de vidas humanas y de estragos socio-económicos en las poblaciones afectadas. “Sólo en 2001, la OMS y sus asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos participaron en la verificación de 41 brotes de cólera en 28 países” (OMS, 2009b).

Otras consecuencias de los desastres recaen sobre el medio ambiente, como lo señala Menghi (2007), para quien no faltan ejemplos de estas consecuencias toda vez que las tendencias actuales demuestran que los glaciares están desapareciendo de la faz de la tierra, los corales marinos se atrofian conforme los mares aumentan su temperatura, a la vez que las sequías son la norma en algunas partes de Asia y África, y las devastaciones derivadas de la corriente de El Niño son cada vez más frecuentes al este del Pacífico. Los polos han comenzado a descongelarse y los lagos y ríos en los países fríos tienden a descongelarse más temprano cada año. Los signos del cambio están a la vista, y los científicos opinan que un mundo más ardiente y, por lo tanto, mortal para la mayoría de la flora y fauna existente, es inevitable, en tanto que la elevación del nivel de los mares contaminaría las reservas alimenticias con sal.

En esta situación y contexto se producen a su vez nuevos desastres naturales, crecientes en su dimensión y frecuencia, con una capacidad de respuesta y de adaptación

(“*coping mechanisms*”) cada vez más acotados por parte de la población, en áreas cada vez más empobrecidas, provocando un consecuente aumento del número de víctimas.

Los cambios de los patrones climáticos, según Menghi (2007), han motivado que ciertas enfermedades, provocadas por agentes ya conocidos, presenten un nuevo comportamiento epidemiológico por alteraciones del rango geográfico (altitud y latitud) y de la estacionalidad de ciertas enfermedades transmitidas por vectores, tales como malaria, dengue, fiebre amarilla, esquistosomiasis, leishmaniasis y enfermedad de Lyme, entre otras. Las inundaciones favorecerían también la diseminación de parásitos de transmisión hídrica - tal como *Cryptosporidium spp.*- que podrían contaminar los suministros de agua potable. Otra consecuencia directa sobre la salud del cambio climático global sería la aparición de un mayor número de casos de meningoencefalitis amebiana primaria producidos por *Naegleria fowleri*, un microorganismo termófilo de vida libre que prolifera a temperaturas ambientales superiores a los 30°C.

Los eventos extremos relacionados con el cambio climático global han tenido, de acuerdo al Dr. Canziani (2004), quien conformó el Panel Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático (IPCC), efectos muy severos que provocaron incluso pérdidas de vidas humanas en los países menos desarrollados. Ya desde la década del '80 se reconoció el impacto global derivado de la pérdida del ozono estratosférico como consecuencia de actividades humanas, y desde entonces se reconoció sin ambages la dicotomía entre ciencia y política en los países desarrollados. Fue así que comenzaron las acciones para coordinar los resultados del quehacer científico con las decisiones políticas, puestas de manifiesto en los sucesivos informes elaborados por el IPCC, una labor que lo hizo merecedor del Premio Nobel de la Paz en el año 2007.

El terremoto de 1985 que afectó a Ciudad de México causó daños estimados por la CEPAL (2005) en 4.335 millones de dólares, en tanto que el huracán Mitch, que afectó en 1998 a la región centroamericana provocó daños que ascendieron a 6.000 millones de dólares, cifra equivalente al 16% del PIB de la subregión en ese año

Continuando con estimaciones de costos materiales, Arcos González et al (2002) señalan que en la década del '90 las pérdidas económicas vinculadas a desastres fueron estimadas en más de 650 billones de euros, y Solidaritat (s.f.) hace un estudio del costo por países del tsunami originado en aguas del Océano Índico en diciembre de 2004, estimando que solamente en India, adonde el gobierno ha optado por llevar el peso de la reconstrucción él mismo en lugar de dejarlo en manos de la ayuda internacional, los costes del presupuesto se cifraron en unos 6 mil millones de dólares. En los últimos 25 años la financiación de la acción humanitaria ha aumentado tanto en términos reales, pasando de 1.500 millones de dólares en 1990 a 20.200 millones en 2010, como en términos proporcionales de la Ayuda Oficial al Desarrollo, pasando del 2% a un 12% en 2010 (Polastro, 2014).

7.2) Intervenciones humanitarias: abordaje y evolución de su evaluación

En este trabajo se entenderá el término *intervención* en el sentido amplio de la definición de Contandriopoulos, como “*un conjunto de medios (físicos, humanos, financieros y simbólicos) organizados en un contexto específico, en un momento dado, para producir bienes o servicios para modificar una situación problemática*” (Contandriopoulos, 1997, en Araujo Hartz & Vieira da Silva, 2009, p. 18). En tal sentido, las epidemias, los desastres, y las enfermedades olvidadas constituyen los principales motivos desencadenantes de intervenciones humanitarias tendientes a atemperar sus graves consecuencias sobre los colectivos humanos vulnerables, particularmente para Médicos sin Fronteras, en su carácter de organización humanitaria internacional de acción médica que asiste a poblaciones en situación precaria, y a víctimas de catástrofes y de conflictos armados.

Las siguientes enfermedades comunicables han sido asociadas con poblaciones desplazadas por desastres naturales, y son ejemplos a ser consideradas cuando se realizan intervenciones en respuesta a situaciones de epidemias post-desastre (Watson, Gayer & Connolly, 2007):

- Enfermedades comunicables en relación con el agua: brotes de enfermedades diarreicas: *Vibrio cólera*, *Escherichia coli* enterotoxigénica, *Salmonella*, *Cryptosporidium parvum*. *Hepatitis A* y *E*, transmitidas por ruta fecal-oral, también se asocian con falta de acceso al agua y a condiciones sanitarias seguras. La *leptospirosis*

es una enfermedad zoonótica bacteriana que puede convertirse en epidemia al ser transmitida por contacto directo con agua contaminada.

- Enfermedades asociadas con sobrepoblación: *sarampión, meningitis por Neisseria meningitidis, infecciones respiratorias agudas.*
- Enfermedades transmitidas por vectores: debido a un incremento de la población de vectores y del potencial para la transmisión: *malaria, dengue, leishmaniasis, tripanosomiasis.*
- Otras enfermedades asociadas a desastres naturales: *Tétanos, brotes de coccidiomycosis, etc.*

Las enfermedades comunicables son comunes en poblaciones desplazadas que tienen pobre acceso a necesidades básicas tales como instalaciones sanitarias y agua segura, refugio adecuado, y servicios primarios de salud. Estas condiciones, que favorecen la transmisión de enfermedades, deben ser encaradas inmediatamente, con la rápida reinstalación de servicios básicos. Asegurar acceso a agua segura y a servicios de salud primarios es crucial, como lo son la vigilancia y el alerta temprano para detectar enfermedades potencialmente epidémicas que se sabe pueden ocurrir en el área afectada por un desastre. Una evaluación amplia del riesgo de enfermedades comunicables puede determinar aquellas enfermedades prioritarias para su inclusión en un sistema de vigilancia epidemiológica, así como la necesidad de campañas de inmunización y de control vectorial, entre otras.

Se debe considerar siempre la provisión de materiales de rehidratación, de agentes anti-microbianos, y de materiales para la vacunación anti-sarampionosa. La detección continua de, y la respuesta inmediata a la presencia de enfermedades comunicables son esenciales para monitorear la incidencia de enfermedades, para documentar sus efectos, para responder con medidas de control cuando necesarias, y para cuantificar lo mejor posible el riesgo de epidemias post-desastre (Watson, Gayer & Connolly, 2007).

Las tasas de mortalidad que sirven para cuantificar la dimensión de estas catástrofes humanitarias son motivos de permanente análisis y debate, ya que los métodos de muestreo deben adaptarse a las condiciones de terreno muchas veces limitantes. Es necesario determinar, por ejemplo, si las encuestas o la vigilancia epidemiológica son métodos

excluyentes o complementarios, y si son viables en condiciones reales de terreno. Ambos ofrecen ventajas y limitaciones, siendo la vigilancia la que mejor permite monitorear tendencias en tiempo real, con posibilidades de respuestas rápidas y de detección de impacto de intervenciones específicas, con menos probabilidad de sesgos. El método de encuestas en cambio se puede realizar en zonas rurales o dispersas, requieren un período de tiempo limitado y puntual para la recolección de los datos, sin necesidad de conocer el tamaño de toda la población (Doval, 2006), y pueden ofrecer, en opinión del autor de la tesis, una información útil como línea de base para posterior medición de impacto de intervenciones en esas zonas.

Se deberán evitar los sesgos a que se ven expuestos estos métodos, particularmente el de encuestas, tales como sesgo de selección de las casas o del tamaño de las familias, sesgo de recuerdo de eventos, sesgo de comunicación de eventos, sesgo de sobrevida, etc. También debemos estar atentos a la manipulación política de que son víctimas las cifras, y como consecuencia directa las poblaciones afectadas que de esta manera verían retrasada o distorsionada la instrumentación de las operaciones de ayuda humanitaria (Doval, 2006).

En nuestro medio, ya en la década del '80, una investigadora argentina (Szmoisz, 1986) efectuó la propuesta de abordar la problemática de los desastres priorizando el rol de la epidemiología para la promoción y protección de la salud, señalando la inadecuación existente ante las necesidades de la época, incluso en términos de carencia de información disponible, no contándose con un cuerpo de datos que sirvieran de base firme para determinar el auxilio necesario a las poblaciones afectadas. En opinión del autor de la tesis esos datos siguen hasta el día de hoy siendo casi siempre inexistentes.

En un "abstract" recuperado de la década del 80 se señala que Bissel (1983), sugería que los desastres naturales mostraban un incremento posterior de enfermedades infecciosas, como resultado de un de-énfasis del control de enfermedades como componente de muchos programas de socorro. El estudio observaba un incremento significativo de la incidencia de cuatro enfermedades infecciosas acaecido varios meses después de dos huracanes ocurridos en República Dominicana. Las razones propuestas para el incremento diferido de las enfermedades infecciosas fueron: a) la superpoblación en centros temporarios de refugio con

instalaciones sanitarias insuficientes, y b) la transmisión de patógenos provocada por agua en zonas inundadas.

Otros autores de publicaciones más recientes, que serán retomados más adelante (Roberts & Hofmann, 2004), han reconocido que si bien ha habido mejoras significativas en el diseño y el manejo de las respuestas humanitarias en los últimos años, los métodos de encuesta y los sistemas de vigilancia son usados principalmente para alerta temprana o evaluación de necesidades, pero su potencial para análisis de impacto de programas de ayuda son subutilizados.

Algunos gobiernos de países desarrollados han decidido formalizar la enseñanza de la medicina del desastre. Tal el caso del “Master Europeo en Medicina del Desastre”, iniciado formalmente en junio del 2009, a cargo del “Centro Europeo para Medicina del Desastre”, y organizado con el apoyo voluntario de la Universidad del Piemonte Orientale, la Universidad Libre de Bruselas, la facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, el Centro de la Medicina de Catástrofe de Linkoping, Suecia, y el Centro para las Ciencias Médicas del Desastre de la Universidad de California (EMDM, 2013).

Desde el 2005, después del Huracán Katrina, el Departamento de Estado de los EEUU organizó un Seminario sobre Manejo de Catástrofes, que explora la planificación y respuestas de desastres de nivel catastrófico, en territorio estadounidense y a escala global. También en Colombia la OMS y la OPS tienen a su cargo integrar el manejo de desastres a los programas de estudio en las universidades a los estudiantes de pre-grado del área de la salud.

Otros gobiernos de la región de América Latina y el Caribe proclive de desastre (Bolivia, Perú, Colombia, Panamá, Costa Rica, Cuba, Haití entre otros) han publicado, en asociación con universidades y con organismos internacionales de ayuda, informes que recopilan cierta experiencia y buscan orientar la sistematización de las intervenciones en casos de eventos sísmicos, huracanes, tormentas tropicales y sequías. Estas publicaciones pretenden protocolizar las intervenciones, mediante evaluaciones de la situación de desastres una vez estos acaecidos (CEPAL, 2002; González Quijano & Hernández Núñez, 2004; Worldbank, 2011; Ministerio de Educación Panamá, 2011).

La OMS ha lanzado en 1999 los “Protocolos de Evaluación Sanitaria Rápida en Situaciones de Emergencia”, una publicación oficial de 107 páginas que busca adiestrar al personal sanitario susceptible de intervenir en una respuesta de desastre o emergencia para ayudar a mantener un nivel mínimo de carga de muertes y enfermedades (OMS, 1999b). En tanto la OPS, que ya en 1995 había publicado las “Guías de Evaluación de los Preparativos para Desastres en el sector de la Salud” (OPS, 1995), una publicación corta de carácter normativo, lanzó en agosto del 2004 el “Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastre”, que recopila en 193 páginas, guías prácticas e ilustraciones trabajadas por el Área de Preparativos Regionales para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la Organización (OPS, 2004). Otras publicaciones se orientan a la mejora de alertas tempranas, de carácter preventivo, ligado en ocasiones a la prevención de efectos devastadores sobre las poblaciones más vulnerables, pero también a intereses de compañías aseguradoras que han sufrido grandes y crecientes erogaciones en los últimos años.

Pero siguen siendo escasas las publicaciones que ponen la mira en las *evaluaciones* a las *intervenciones sanitarias* en escenarios de *desastre*, con el objetivo de rescatar un *aprendizaje* con futuros *finés operativos*. La primera publicación de este tipo fue el JEEAR (Borton, 2004), la más extensa y sistemática evaluación de *una* respuesta internacional a *una* crisis humanitaria de mucha envergadura - el genocidio ocurrido en Ruanda en 1994, y las intervenciones de ayuda a cientos de miles de refugiados -, la cual condujo en 1996 a demandas de un mayor profesionalismo en el sector humanitario⁹. Subsecuentemente, el Departamento Británico para el Desarrollo Internacional comisionaría al ODI (Overseas Development Institute) la redacción de un documento con el fin de *mejorar la consistencia y la calidad de las metodologías de evaluación, contribuyendo de este modo a institucionalizar las lecciones aprendidas en las operaciones de ayuda humanitaria*. Este informe, cuyas primeras versiones circularan ampliamente desde fines de 1996 entre organismos de crédito, agencias de Naciones Unidas y Organizaciones no Gubernamentales, fue publicado bajo el

⁹Se menciona el JEEAR (Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda) por tratarse del primer informe evaluativo de una intervención humanitaria a gran escala por un desastre de enorme dimensión provocado por el hombre, que precedió iniciativas de relevancia en el camino a la sistematización de las acciones de evaluación de intervenciones humanitarias a desastres de gran envergadura, naturales y provocados por el hombre. Organizaciones como ALNAP, HPG, HAP (ver texto) han sido creadas a partir de esta experiencia inicial.

nombre “*Evaluando programas de asistencia humanitaria en situaciones complejas*” Revisión de Buenas Prácticas (GPR) (Hallam, 1998), luego de un prolongado proceso de validación que incluyó la realización de encuestas a decenas de personas claves involucradas en evaluaciones a proyectos de ayuda humanitaria y personal de sede, y el análisis de 16 proyectos en curso, como asimismo la revisión de otros 70 informes de evaluación de asistencia humanitaria, y estudios de síntesis. Se trataba del primer “meta-análisis” de la temática, y siguiendo una respuesta positiva por parte de una serie de organizaciones, se concretó un encuentro inicial de agencias interesadas en desarrollar el concepto que derivaría en la creación del ALNAP (The Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action), un organismo independiente que desde 1997 desarrolla herramientas de análisis en temas de aprendizaje y responsabilidad para el sector humanitario.

Desde principios de la década del 2000 ALNAP publica sus Revisiones Anuales, que monitorean el desempeño humanitario, y difunden los hallazgos más relevantes de los recientes informes de evaluación para una amplia audiencia del sector. Entre las publicaciones más relevantes del ALNAP para la temática desarrollada en esta tesis cabe mencionar “Evaluación de la Acción Humanitaria utilizando criterios OECD-DAC” (Organization for Economic Cooperation and Development – Development Assistance Committee) (Beck, 2006), guía del ALNAP para agencias humanitarias que desarrolla recomendaciones orientadas a las buenas prácticas (GPR) de la evaluación de las acciones humanitarias, y elabora y define los criterios mediante los cuales se deben evaluar las intervenciones humanitarias. Ya en el informe de la Revisión Anual 2004 de la Acción Humanitaria del ALNAP se hacía una reflexión crítica respecto del intento de analizar los puntos fuertes y débiles de la práctica de la evaluación a través de su *meta-evaluación* (ALNAP, 2004).

La meta-evaluación del 2004 se basa en la evaluación de 30 reportes que se llevaron a cabo durante el 2003 y el 2004 y fueron presentados a ALNAP. El proceso de meta-evaluación utiliza la Quality Proforma de ALNAP para calificar los reportes de evaluación humanitarios mediante un criterio estándar. La *proforma* también está hecha para ser utilizada como una lista de cotejo (check-list) para los practicantes de evaluaciones, tanto para efectores de los proyectos como para evaluadores (Ver Anexo 1). Durante el ejercicio de la meta-evaluación y en su reporte se efectúa una lectura crítica respecto de la presencia de

organizaciones y de evaluadores del “Norte” que asisten a víctimas y evalúan proyectos llevados a cabo en el “Sur”, remarcando mediante el juego de palabras la escasa integración existente entre ellos. En el caso particular de las misiones llevadas adelante por situaciones de emergencia “las presiones de tiempo y de la necesidad de que se efectúe el trabajo hicieron que las capacidades tienden a ser *compradas o rentadas* en lugar de *fortalecidas*” (cursivas del autor de la tesis), lo que atentaría contra el beneficio mencionado en el texto de que el fortalecimiento de capacidades sea considerado uno de los componentes del trabajo humanitario, a la vez que pondría en dudas al respeto y la atención a las prioridades localmente definidas (ALNAP, 2004).

En un informe más exhaustivo sobre meta-evaluación de la Revisión de la Acción Humanitaria de ALNAP en 2004 Peter Wiles produce un extenso capítulo (Wiles, 2005) en el cual el propósito principal es la provisión de información para mejoras en la práctica. Luego de hacer consideraciones respecto de las organizaciones que utilizan el sistema ALNAP y las que no lo hacen, del escaso uso por parte de agencias gubernamentales encargadas de la gestión de emergencias, y de revisar las evaluaciones conjuntas encaradas por varias organizaciones sobre proyectos y programas comunes, Wiles se centra en los resultados generales de la meta-evaluación en el período y proyectos considerados. En este sentido, mediante la utilización de un sistema de calificación, señala que apenas más de la mitad de los informes fueron considerados como satisfactorios o buenos, en tanto las áreas más pobres resultaban los términos de referencia, y las secciones de los informes a cargo de métodos, práctica y limitaciones de las evaluaciones.

Wiles dedica luego una sección para intentar definir qué sería un buen evaluador, al que califica como un conocedor del contexto y de la temática evaluada, en tanto considera un problema que algunos evaluadores hayan estado previamente involucrados en el diseño original del programa. El análisis de contexto fue considerado como un punto generalmente fuerte en las evaluaciones analizadas, en tanto pocos informes eran lo suficientemente claros en explicar las políticas y pautas de trabajo de las agencias humanitarias intervinientes. Finalmente se menciona el uso mayoritario de los criterios DAC de evaluación, con mejor rendimiento en criterios de efectividad y pobre utilización de los criterios de impacto, probablemente debido a falta de datos de líneas de base, de objetivos claros y de monitoreo

adecuado. En base a estas observaciones se establecen conclusiones, recomendaciones y ciertos debates abiertos a futuro.

Más recientemente el Humanitarian Policy Group (HPG), en el ODI, se ha constituido como otro grupo de expertos que se dedica a mejorar las políticas y prácticas humanitarias, mediante la realización de investigaciones independientes que proveen consejos especializados y promueven debates temáticos. En su Informe de investigación sobre medición del impacto de la ayuda humanitaria (Hofmann, 2004), el HPG señala la necesidad de explorar como se valora el impacto en el sector humanitario motivado por aumento de recursos asignados al sector, y la manera de mejorar estas mediciones de impacto. Este estudio está basado en una revisión de literatura publicada y de circulación interna dentro del sector humanitario, y más ampliamente en entrevistas con personal de agencias de ayuda, y dos documentos comisionados cubriendo mediciones de impacto en los sectores de salud, y de alimentos y nutrición. Destaca la *ausencia relativa* de definición de *impacto* en el sector humanitario, debido a la dificultad de asimilar dicha definición a otro tipo de intervenciones tales como las de desarrollo, y al hecho de que en ocasiones el término puede no capturar la naturaleza particular del trabajo humanitario.

Los hallazgos clave de la investigación del HPG sugieren que las dificultades prácticas y metodológicas para evaluar el impacto de las intervenciones de ayuda humanitaria pueden ser tan grandes que sería tentador concluir que es irrealista esperar un análisis significativo del impacto en la esfera humanitaria. Este estudio reconoce una serie de dificultades al respecto, pero subraya también que mejorar las evaluaciones de impacto no es imposible. Entre las dificultades se destacan los ambientes volátiles en los que se desarrollan las tareas de ayuda humanitaria, la alta tasa de recambio del personal técnico, las dificultades de acceso a las situaciones de crisis, y la corta duración de muchas de estas intervenciones. Se añade también el problema de la falta de capacidad técnica específica, y concluye que si los donantes y las agencias desean ser capaces de demostrar impacto con contundencia, deberán estar dispuestos a invertir en capacitación y calificación de personal para tal fin (Hofmann, 2004).

En otro trabajo Roberts & Hofmann (2004) señalan que el concepto de “cambio” se reconoce como central en la definición de impacto; pero en el terreno de la ayuda humanitaria

el objetivo es con frecuencia evitar un cambio negativo. Pongamos por caso una intervención para prevenir una hambruna, en la cual no se logra un cambio positivo objetivo, y que será de difícil medición en términos de impacto. Otra cuestión central en la evaluación de impacto es “¿qué hubiera sucedido en la ausencia de un programa de ayuda?”. En teoría hay dos posibles abordajes para responder esta pregunta: comparar el impacto con un grupo control que no recibió ayuda (comparación “con / sin”), o efectuar una comparación “antes / después” para los beneficiarios de una intervención. La comparación “con / sin” con el uso de grupos control generaría problemas éticos de imposible resolución, ya que no se puede excluir deliberadamente a un grupo del acceso a una asistencia que potencialmente les salvaría la vida. El segundo abordaje “antes / después” genera otros problemas. Para tener validez, la comparación implica que ningún otro factor influenciará el impacto, de manera que solo será atribuible a la intervención efectuada, con exclusión aséptica de todo otro factor posible, tal como la presencia de otro programa de ayuda, mecanismos de resolución locales, o cambios de los ámbitos económico o social. Existe un reconocimiento creciente de la importancia de otros factores intervinientes, y que la ayuda humanitaria, si bien vital, es solo un elemento dentro de un conjunto.

José Antonio Bastos, quien ejerce actualmente la Presidencia de MSF-OCBA, destacaba por su lado en su tesis de posgrado dedicada a analizar las prácticas utilizadas en la evaluación de la acción humanitaria en conflicto (Bastos, 1999), que los criterios para la evaluación de la ayuda humanitaria en situaciones complejas introducidos por el GPR (Hallam, 1998) eran una réplica de los criterios del DAC -todavía en proceso en aquellos años- para la posterior creación de la guía del ALNAP (Beck, 2006), e incorporaban solo unos pocos aspectos relacionados con conflictos. Bastos reconocía igualmente que estos criterios sentaban un buen punto de referencia para comenzar el proceso de definición de marcos de trabajo y métodos más específicos para las peculiaridades de la *acción humanitaria en conflictos*. En su tesis Bastos realizó una aguda crítica a la utilización de criterios para llevar adelante evaluaciones humanitarias, apropiados según él para los programas de desarrollo, y que responden bien a los intereses de los donantes, pudiendo por esto mismo incluso convertirse en instrumentos de control de la acción de actores humanitarios independientes (las ONG) por los donantes, y por lo tanto por los gobiernos occidentales. Bastos argumenta en su tesis –adelantándose a sucesos que luego se verificarían- que el gesto humanitario puede

volverse contra las mismas personas que intenta ayudar, mediante la manipulación de la acción humanitaria por parte de poderosos gobiernos occidentales, pudiendo usarse incluso para justificar intervenciones militares. Bastos sostiene que la iniciativa para conducir evaluaciones y la investigación sobre el tema está en gran medida en manos de donantes y de consultores independientes, focalizándose en efectividad, eficiencia y en niveles bajos de gestión, pero contribuyendo muy poco para la mejora de la acción humanitaria. Bastos concluye que las evaluaciones de la acción humanitaria en conflicto deberían abordar cuestiones estratégicas y políticas que no pueden ser incluidas mediante los criterios tradicionales de impacto, eficiencia y efectividad, y amplía entonces el enfoque definiendo nuevos criterios tales como relevancia, sostenibilidad, conectividad, cobertura, coherencia, pertinencia y coordinación. Estos nuevos criterios (considerados hasta aquí, en el mejor de los casos, tan solo como “sub-criterios”) permitirán analizar en las evaluaciones ciertos problemas bien conocidos de la acción humanitaria en conflictos tales como la superposición de actores humanitarios, la falta de acceso a poblaciones, la contribución a las economías de guerra, los dilemas morales, ciertos temas de derechos humanos, y la manipulación por intereses políticos, entre otros. Este sería el mejor camino -y el más innovador- para realzar la contribución de las *lecciones aprendidas* de las evaluaciones, y ayudar así al progreso en la búsqueda de nuevos métodos, políticas y estrategias en intervenciones humanitarias.

Por último, en el año 2003 se estableció HAP Internacional (Humanitarian Accountability Partnership), y tal como se expresa en su sitio Web se trataría de un cuerpo auto regulatorio internacional en el sector humanitario, cuyos miembros se comprometen a alcanzar el más alto estándar de responsabilidad y calidad de administración. HAP se ocuparía de certificar a aquellos miembros que cumplen con dicho estándar, asegurando de este modo a los sobrevivientes de desastres, personal, voluntarios, autoridades y donantes de que la agencia respectiva estaría proveyendo el mejor servicio humanitario posible en cada situación.

7.3 Conceptos centrales: evaluación y meta-evaluación

Desde el punto de vista etimológico el vocablo *evaluación* proviene del latín *valere*, que significa valorar. Evaluar es fijar el valor de una cosa y para hacerlo se requiere un procedimiento que permita comparar aquello a evaluar respecto de un criterio o un patrón determinado (Cohen y Franco, 1988, citado en Di Virgilio & Solano, 2012, p.42).

Toda intervención de una organización humanitaria -tal como Médicos sin Fronteras- ante una situación de epidemia, desastre o enfermedad olvidada generará normalmente un *informe de proyecto*, basado en informaciones propias de la organización (interna), pero también en informaciones brindadas por las autoridades locales de salud (oficinas regionales del Ministerio de Salud, Bienestar Social, Planificación, etc.), o por otras organizaciones no gubernamentales, o por instituciones internacionales actuantes en la zona de proyecto (externa). Las informaciones oficiales de salud pueden estar sesgadas ya que por motivos diversos puede existir un sub-registro o sobre-registro de casos, y estas posibilidades deberán ser evaluadas y puestas en consideración previa utilización de los datos en la implementación de una intervención y/o evaluación.

Sólo algunas de estas intervenciones llevadas a cabo serán evaluadas, lo que generará un *informe de evaluación*. Si las evaluaciones se realizan en el transcurso de la intervención pueden ayudar a producir rectificaciones del curso de la intervención, lo cual debería quedar reflejado en los informes de proyecto, y de evaluación. Todas las evaluaciones deberían aportar elementos que sirvan a actualizar los *protocolos de intervención*, y también a revisar y modificar los *procesos de planificación* de acuerdo al aprendizaje resultante para la organización. En el marco de esta investigación asumimos, a priori, que puede optimizarse la utilización de las evaluaciones como herramientas de planificación, y que puede mejorarse el circuito organizacional de aprendizaje – acción – aprendizaje.

Ahora bien, ¿para qué se evalúa un proyecto? Tomando como base a Temporetti, Gastón & Bolognino (2005) puede decirse que la evaluación tiene por finalidad retroalimentar la gestión del proyecto, suministrando información para tomar decisiones con respecto a:

- La consistencia de la planificación del proyecto de intervención
- La viabilidad y sustentabilidad de los objetivos y actividades del proyecto
- Los procesos de distinto tipo que se generan en la ejecución del proyecto
- El cumplimiento de las acciones y los resultados del proyecto, según el cronograma y la inversión previstos.
- La perspectiva de los beneficiarios y de la institución que ejecuta el proyecto acerca de los procesos y los resultados del mismo.

- La eficacia, eficiencia y calidad de los resultados; así como los impactos que generan los programas y proyectos.

Los autores dedican asimismo una sección de su trabajo a las lecciones aprendidas a partir de la ejecución del proyecto, atendiendo al sesgo usualmente presente ligado al énfasis puesto en las cuestiones de eficiencia y eficacia toda vez que los responsables del Módulo de Evaluación pertenecen al área de ciencias económicas. Se señala entonces la importancia del trabajo interdisciplinario e interinstitucional que dio origen a modificaciones sustanciales en las estrategias desarrolladas en materia de seguimiento y monitoreo de los programas y proyectos.

Si, como afirma Hartz, la optimización de los sistemas de información para los fines de *evaluación* tanto como la indicación adecuada acerca de la necesidad o no de la realización de evaluaciones puntuales o de investigaciones evaluativas requiere cierto grado de institucionalización de la evaluación (Araujo Hartz & Vieira da Silva, 2009), esta investigación intentará entonces detectar y analizar los modelos, patrones y rasgos institucionales en las evaluaciones que MSF realiza sobre sus propias intervenciones.

Es lógico asumir entonces que el concepto de *evaluación* haya ido variando en el tiempo desde definiciones más centradas en el evaluador, positivistas, cuantitativas y punitivas, a otras más participativas, inclusivas y formativas. Las *definiciones de evaluación* citadas a continuación ofrecen ejemplo de las modificaciones progresivas del enfoque de la evaluación, relacionadas con su evolución temporal, y también con un abordaje más o menos institucional y temático del concepto:

La evaluación de programas y proyectos es un instrumento de gestión. Es un proceso de duración determinada que trata de valorar de manera sistemática y objetiva la pertinencia, el rendimiento y el éxito de los programas y proyectos concluidos y en curso. La evaluación se realiza con carácter selectivo para dar respuesta a determinadas preguntas e impartir orientaciones a los encargados de tomar decisiones y administradores de programas, así como para obtener información que permita determinar si las teorías e hipótesis básicas que se utilizaron al formular el programa resultaron válidas, qué surtió efecto y qué no, y por qué. La evaluación generalmente tiene por objeto determinar la

pertinencia, la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad de un programa o proyecto (UNFPA, 2004).

Otra definición que remite a programas y proyectos sociales, de carácter más reflexivo, dinámico y valorativo, define a la evaluación en tanto una:

...actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentales y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura (Niremberg, Browerman & Ruiz, 2007, p.32).

En la evolución conceptual de su definición, se entiende a la evaluación en tanto un *proceso constante y sistemático, dinámico, abierto y contextualizado* que se desarrolla a lo largo de un período de tiempo, y no de una acción aislada o puntual. Dicho *proceso* habrá de cumplir las etapas sucesivas orientadas al cumplimiento de las tres características esenciales e irrenunciables de toda evaluación: obtención de información, formulación de juicios de valor, y toma de decisiones.

Otra definición que, en el sentido antes referido, resume y sintetiza elementos conceptuales valiosos de la evaluación, de una manera integral, orientada al aprendizaje institucional para generar mejoras de las poblaciones beneficiarias de los de programas y proyectos sociales y de salud, es la que sostiene que:

...la evaluación es entendida como un *proceso permanente y continuo* de indagación y valoración de la planificación, la ejecución y la finalización de los programas y proyectos sociales o de salud. Su finalidad es generar información, conocimientos y aprendizaje dirigidos a alimentar la toma de decisiones oportunas y pertinentes para garantizar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los procesos, resultado e impactos de los proyectos y programas, actuales y futuros, todo ello en función del mejoramiento de las condiciones de vida de sus poblaciones beneficiarias (Ministerio de Salud del Paraguay, OPS, UNFPA, 2007, p.33).

Por último, y en alusión directa a la temática investigada, incorporamos aquí la definición de *evaluación de la acción humanitaria* del ALNAP:

Examinación sistemática e imparcial de la acción humanitaria, prevista para extraer lecciones para mejorar políticas y prácticas, y aumentar la responsabilidad. Tiene las siguientes características: i) es comisionada por o en cooperación con la(s) organización(es) cuyo desempeño está siendo evaluado; ii) es llevada adelante o por un equipo de no-empleados (externa) o por un equipo mixto de no empleados (externa) y empleados (interna) de la organización solicitante y/o la organización que está siendo evaluada; iii) evalúa políticas y/o prácticas en contraste con criterios reconocidos (ej. eficiencia, efectividad, oportunidad, coordinación, impacto, conectividad, pertinencia/relevancia, cobertura, coherencia y según sea apropiado, protección; y iv) articula hallazgos, saca conclusiones y hace recomendaciones (Wiles, 2005)¹⁰

Por otra parte, desde la perspectiva del presente proyecto de investigación debe tenerse en cuenta el concepto de *meta-evaluación*, que es un caso particular dentro de la clasificación de las evaluaciones por tratarse de la “evaluación de las evaluaciones”, y que constituye otro nivel de evaluación, al poseer como *objeto* unívoco de *investigación a las evaluaciones*. Si son pocos los programas o proyectos que se evalúan de forma integral y continua, lo son mucho menos aquellos casos en los que se llevan a cabo procesos de *meta-evaluación* propiamente dichos. La literatura refiere algunas experiencias, la mayoría de ellas del campo educativo y en los Estados Unidos (Niremberg, Browerman & Ruiz, 2007).

Este ejercicio de *evaluación de evaluaciones*, la *meta-evaluación*, se efectúa con el propósito de juzgar aspectos centrales del propio proceso evaluativo: apreciar su viabilidad y la del uso de sus resultados, analizar la utilidad de los hallazgos, emitir un juicio acerca de la pertinencia metodológica y ética así como de la confiabilidad del proceso evaluativo realizado y de sus hallazgos, la adecuación de las conclusiones y de las recomendaciones que se formularon (Niremberg, Browerman & Ruiz, 2007).

El término *meta-evaluación* data ya de los años 60, cuando fuera acuñado por Michael Scriven, a quién se atribuye la paternidad del nombre y su desarrollo conceptual inicial.

Por analogía con el término evaluación, la meta-evaluación ha sido y es comúnmente considerada como aquella investigación sistemática

¹⁰Traducción libre del autor

cuyo objetivo es emitir un juicio acerca de la calidad o los méritos de una evaluación. La evaluación se convierte, de esta forma, en el objeto de estudio del meta-evaluador. (Stufflebeam, 1981, 1987; Scriven, 1967, 1991, citados en García Sánchez, 2009a).

La especificación de la naturaleza del objeto, en otras palabras, del tipo de evaluación que pretenda analizarse, en la medida en que condiciona cuál deba ser el planteamiento analítico y los métodos apropiados para su estudio, se convierte así en un primer paso inexcusable para el estudioso que acomete la realización de una meta-evaluación (García Sánchez, 2009a).

Se hace necesario, en este punto de la investigación, efectuar una distinción conceptual entre evaluación y meta-evaluación. Como señalan Díaz & Rosales (2003, p.41):

Entre los campos de la meta-evaluación y de la teoría general de la evaluación pareciera darse una superposición [...] sin embargo, la meta-evaluación no es una teoría alternativa de la evaluación [...]. La meta-evaluación no solo *transcurre* por los hechos y datos “evaluados”, sino que *trasciende* la evaluación. Una diferencia importante reside en la complejidad, determinada por el número y la naturaleza de las variables por estudiar, y el nivel, definido fundamentalmente por los objetivos y consecuentemente por la focalización del objetivo. La evaluación se ocupa de los resultados del proyecto. Bajo esta perspectiva, a la meta-evaluación le interesan los resultados solo en cuanto síntomas de la evaluación. La finalidad de la evaluación no es un análisis introspectivo y autorreflexivo. Por el contrario, la “meta” de la meta-evaluación es precisamente la evaluación.

Profundizando las diferencias conceptuales y de acuerdo a la mirada integral de Díaz (2001, p175-176),

... la meta-evaluación incluye el análisis, la interpretación, la explicación y la sistematización científica tanto en el plano teórico como en el práctico del proceso y los resultados de la evaluación, de los modelos y categorías utilizados como referencia, de la metodología y la epistemología que nutren los modelos de evaluación, de los paradigmas científicos predominantes, y de los evaluadores o sujetos que realizan la evaluación. Finalmente cabe destacar el proceso cíclico de retroalimentación propio de la meta-evaluación como fase ineludible de toda evaluación.

En base a lo antedicho Díaz (2001, p.187) nos invita a reflexionar “sobre el papel integrador y global que corresponde a la meta-evaluación. Desde un punto de vista lógico, la meta-evaluación es el cierre de la evaluación como actividad finalista. La evaluación sin meta-evaluación es parcial, deficitaria e inconclusa.” En tal sentido, pero desplazando ahora el foco a la meta-evaluación y a sus contenidos, agregan Díaz & Rosales (2003, p.42):

... la meta-evaluación involucra el análisis de la totalidad de los objetos que se identifican como determinantes. Esto incluye los aspectos formales de la presentación, el estilo, el uso del lenguaje y los lenguajes especializados y la codificación; las actitudes y la conducta del evaluador, de sus clientes y de los evaluandos; los determinantes de la conducta; la metodología, los métodos, las técnicas y los instrumentos; los valores en juego, los valores en juicio, la conducta profesional y, en general, la ética. [...] Meta-evaluación comporta una epistemología que comporta desde la estética hasta la lógica.

Resulta razonable por lo tanto, hacer un alto en este relato pormenorizadamente descriptivo y exigente de los alcances de la meta-evaluación para poner foco a las limitaciones con las cuales este ejercicio puede encontrarse. En este sentido Díaz y Rosales (2003, p.42) señalan que entre las limitaciones principales está el hecho de que “toda meta-evaluación tiene que hacerse a la luz, exclusivamente, de los informes oficiales de proyecto, y es poco frecuente que en dichos documentos se encuentre, explícitamente, información sobre varios de los aspectos enumerados”. Otro límite importante señalado por los autores que deberá ser tenido en cuenta “deriva de la voluntad de las partes interesadas y del proceso de negociación de la meta-evaluación. Desde este punto se hace evidente la importancia y el sentido de establecer términos de referencia (TdR) inequívocos” (Díaz & Rosales, 2003, p.42)

En términos de abordaje y de acuerdo a la delimitación conceptual crítica efectuada por García Sánchez (2009a), ha habido dos enfoques teóricos contrapuestos que fundamentan las bases epistemológicas y metodológicas de la meta-evaluación. Los autores cuantitativistas citados por García Sánchez por un lado, representados por Campbell y Stanley (1966), Bernstein, Freeman (1975), Rossi (1989) entre otros, tienden a hacer hincapié en las técnicas cuantitativas en el paradigma de la "calidad" en evaluación, que según ellos quedaría garantizada con el empleo de procedimientos cuantitativos y estadísticos para la recogida de datos, en el marco de un diseño de naturaleza experimental. De acuerdo a este enfoque

meramente positivista la meta-evaluación tendría como objetivo calibrar la medida en que el estudio de evaluación se atenga a este abordaje estrictamente asociado a la producción y medición de datos.

El lenguaje utilizado, de acuerdo a Díaz (2001, p.173), “es propio de la corriente positivista, y varias de las condiciones de confiabilidad y validez sobre las que se establecen numerosos controles en la lista de comprobación, parecen originarse en el clima intelectual dominante en la época” y en base al mismo enfoque procedimental es que en esos años “se propone la utilización de un “manual” para la aplicación de auditorías –o metaevaluaciones– a las evaluaciones”.

Por el contrario, como lo señala García Sánchez (2009a), la corriente cualitativista, representada por autores como House, Stake, o el propio Scriven, a partir de la constatación de la naturaleza e implicancias eminentemente políticas de la evaluación, pone el énfasis en los aspectos éticos del proceso de investigación, en ocasiones incluso en detrimento de las cuestiones metodológicas. La meta-evaluación ha de realizarse conforme a requerimientos de carácter ético de respeto a la pluralidad de opiniones existentes y a la confidencialidad de los informantes, de igualdad de las distintas audiencias a la hora de tomar parte en el proceso de evaluación, considerando la imparcialidad en el juicio, la reciprocidad, y el hecho de que las opiniones puedan ser expresadas libremente y con total autonomía.

En el mismo trabajo García Sánchez (2009a) cita a House para quien el concepto de validez de una evaluación no es el utilizado tradicionalmente en investigación, sino que reside más bien en la medida en que la investigación contribuya a la justicia de la sociedad en general, y en este mismo sentido que hace foco en los aspectos éticos House sostiene que la evaluación ha de ser no sólo veraz y creíble, sino también "justa".

Respecto del debate entre cuantitativistas y cualitativistas en evaluación sostiene Patton (1986), citado por García Sánchez (2009a) que éste ha sido de utilidad para poner en evidencia la dificultad de encontrar “unos criterios o estándares universalmente válidos que guíen al meta-evaluador en su análisis crítico de la evaluación”. Dichos criterios deberán ser determinados caso por caso, por lo cual requerirán del consenso al que arriben los actores

involucrados mediante un proceso de negociación, elemento fundamental en el enfoque cualitativista. De acuerdo a la misma autora, Patton sostiene que “cualquier evaluación puede ser juzgada según unos criterios de referencia de carácter general, tales como su conveniencia, su utilidad, el grado en que sea factible, su credibilidad y su relevancia”.

En un enfoque superador de lo cuanti-cualitativo se ubica la *evaluación por triangulación de métodos*, fundamentada en la teorización del contexto y del contenido del programa a ser evaluado, y que usa los instrumentos operacionales para analizar la productividad, los efectos y el rendimiento de la intervención. Pero agrega a los otros elementos la observación y el análisis de la dinámica visible y subyacente de los actores sociales involucrados en el proceso y sus representaciones, tanto con relación a la acción bajo examen como en el interior del propio proceso de evaluación. En la investigación evaluativa por triangulación de métodos, la auto-evaluación hace parte del proceso y lo integra, pero el conjunto de elementos y procedimientos propuestos es mucho más amplio y complejo, pues conjuga: a) presencia del evaluador externo; b) abordajes cuantitativos y cualitativos; y c) de forma relevante, el análisis del contexto, de la historia, de las relaciones, de las representaciones y la participación. En síntesis, la evaluación por triangulación de métodos pretende ir más allá de las dos formas de abordaje más clásicas, la positivista y la comprensiva (Souza Minayo, Gonçalves de Asis & Ramos de Souza, 2005)

7.3.1 Instrumentos y métodos de la meta-evaluación

Coexisten en paralelo la singularidad y conexión simultáneas de la evaluación y la meta-evaluación, con las del instrumento metodológico por ambas compartido, las “checklist” o *listas de cotejo / de chequeo*, que funcionan como base de información para la confección de matrices de datos, entrevistas, y guías de vistas a terreno.

Las listas de chequeo constituyen un instrumento eficiente, en un formato amigable, para compartir las lecciones aprendidas en la práctica. Las listas de chequeo son muy útiles porque, en el mundo complejo de la evaluación, donde es necesario estar atento a los más variados aspectos, es preciso asegurar que ciertos criterios se están respetando. (Stufflebeam 1994, citado en Leitchevsky, Marley Vellasco, Tanscheit & Castro Souza, 2005, p.260).

Para Díaz (2001), se ha verificado un progreso en el proceso de sistematización de las listas de cotejo, a partir del modelo de Key Evaluation Checklist (KEC) que detalla meticulosamente el proceso y los diversos elementos de la evaluación, y que ha tenido amplia difusión y aplicabilidad. Originalmente propuesta por Scriven a principios de los '90, en sus primeras versiones no era mecánica ni simple, y en algunas categorías se extendía demasiado en el detalle. La KEC incluye entre sus aspectos de análisis la descripción de la evaluación, los antecedentes y el contexto, los recursos, los valores y criterios de mérito, la identificación de clientes y audiencias, el análisis del proceso de evaluación y sus productos (costos, efectos, reportes), el análisis comparativo con otros modelos de evaluación, la generalización en tanto capacidad de utilización de la evaluación en otras situaciones, tiempos y programas, y las recomendaciones finales (Díaz & Rosales, 2003, p. 54-55)

Otras listas de cotejo fueron creadas por Ernest House y Kenneth Howe, para guiar las evaluaciones del partido demócrata estadounidense, y por Lorrie Shepard para evaluar el sistema educativo estadounidense. Otra lista, que figura entre las primeras sobre la temática, presentada por Díaz (2001) y orientada específicamente a la meta-evaluación en el área educativa, ha sido preparada por Daniel Stufflebeam en la Western Michigan University (Stufflebeam 1974).

En esta reseña no puede dejar de mencionarse un texto clásico de Stufflebeam (1974)¹¹ que categoriza los tres criterios principales de una evaluación (criterios técnicos, de utilidad y de costo efectividad) en 13 sub-criterios, y propone a su vez una conceptualización de las evaluaciones mediante la ejecución de 8 preguntas cuyo análisis y respuesta detecta potenciales debilidades y sesgos. Si bien este documento fue escrito en una época en que las metaevaluaciones eran aplicadas exclusivamente al ámbito de la educación, la detallada consideración que hace de la validez de la información, su forma de recolección y análisis, la confección del informe final según audiencias, y la adecuación técnica de su diseño acorde a los objetivos propuestos le siguen otorgando vigencia y validez.

Michael Scriven produjo una lista de cotejo específica para meta-evaluaciones, las Meta Evaluation Checklist (MEC), sugerida como una lista de cotejo de nivel superior, con un

¹¹Traducción libre del autor.

sentido de aplicación orientado específicamente al análisis de meta-evaluaciones, y dirigido en particular a aquellos que tengan menos experiencia en el área de las meta-evaluaciones (Scriven, 2011). La MEC describe con mucha claridad y precisión los 6 atributos básicos de una buena meta-evaluación, a partir de los cuales se desprenden categorialmente los componentes de una lista elaborada y específica. Los criterios evaluados en la MEC son i) la *validez*, que ayude por un lado a determinar qué tipo de meta-evaluación es requerida, y también a determinar la adecuación de las evidencias y de las inferencias provistas para sostener las conclusiones del análisis, esto es el grado de verdad de las conclusiones de acuerdo a los estándares científicos alcanzados. La validez también requiere consistencia entre las fuentes, y cobertura abarcativa de todas las consideraciones relevantes en análisis. ii) *claridad* entendida como la combinación de la inclusión conjunta de las audiencias, el personal y las organizaciones evaluadas, con la brevedad como un factor que reduce esfuerzos, errores de interpretación a la vez que puede mejorar la aceptación. iii) *credibilidad* en tanto una combinación de bajo nivel de sesgo aparente con experiencia. iv) *propiedad* en referencia a los aspectos éticos, legales y culturales-convencionales. v) *costo-utilidad* cubriendo un estudio de costo y beneficio, que requiere una estimación de costo-factibilidad y costo-efectividad comparativa, que no incluye solo estimación monetaria sino costos de interrupción y reducción del trabajo, y beneficios que incluyan ganancias en eficiencia o calidad de trabajo, obtención de conocimientos, mejora en toma de decisiones, conservación de recursos entre otros. vi) *generalizabilidad*, el cual al no ser un requerimiento no tiene niveles de medición, puede ser asimilable a la sustentabilidad, y tiene tres facetas de particular importancia: reusabilidad, replicabilidad y robustez (Scriven 2011).

Las listas de cotejo o “checklists” son instrumentos importantes para auxiliar la dirección de una meta evaluación, pero es preciso estar atento para la utilización de formas adecuadas para la recopilación de información que subsidien su registro, así como para el tratamiento adecuado de los datos recopilados por las mismas. Letichevsky propone, en línea con el desarrollo de la versión ampliada de criterios de evaluación propuestos por el Comité de Estándares de Evaluación, un conjunto de treinta patrones universales que deben, siempre que sean aplicables, estar presentes en la dirección de procesos evaluativos realizados en cualquier área del conocimiento. Estos treinta patrones son organizados en los cuatro atributos característicos (o categorías) que el comité cree que son necesarios y suficientes para que se

tenga una verdadera evaluación. Actualmente los patrones ya son aplicados para evaluaciones: educativa, de programa social, empresarial e institucional entre otras, habiéndose adoptado este procedimiento con resultados satisfactorios por muchos evaluadores y centros de evaluación. (Leitchevsky, Marley Vellasco, Tanscheit & Castro Souza, 2005)

Los criterios o atributos propuestos por Leitchevsky que se consideran necesarios y suficientes para que se tenga una buena evaluación son los siguientes:

- Utilidad: el patrón utilidad pretende asegurar que una evaluación supla las necesidades de información práctica de los usuarios pretendidos.
- Viabilidad: el patrón viabilidad pretende asegurar que una evaluación sea realista, prudente, diplomática y sencilla.
- Ética: el patrón ética pretende asegurar que una evaluación sea dirigida legalmente, éticamente y con el debido respeto al bienestar de los involucrados, así como de aquellos afectados por sus resultados.
- Precisión: el patrón precisión pretende asegurar que la evaluación revele y transmita, técnicamente, informaciones adecuadas sobre las características que expresan el mérito o la relevancia del foco de atención.

Existe otro instrumento, de características como se verá similares y complementarias a los hasta aquí presentados, y que también será tenido en consideración para el análisis de los informes de evaluación de esta investigación. Se trata del Cuadro de Estándares de Evaluaciones de James Sanders, citado y traducido por Díaz & Rosales (2003, p. 70-71). Sanders utiliza los estándares no como un itinerario ni como un algoritmo, sino en forma laxa y abierta, hermenéuticamente, seleccionando las diversas variables utilizadas en los sistemas de evaluación y agrupándolas en cuatro grupos de criterios: a) de utilidad: procuran asegurar que la evaluación proveerá la información necesaria a los usuarios; b) de viabilidad: buscan asegurar que la evaluación será realista, prudente y diplomática, centrándose en su viabilidad política y su costo-efectividad; c) de propiedad: tienden a asegurar que la evaluación será conducida legal y éticamente, y con respeto al bienestar de aquellos implicados en la evaluación, y de los afectados por la misma; y d) de precisión: la información provista por la evaluación deberá ser técnicamente adecuada respecto del valor o del mérito del programa sometido a evaluación.

Se debe destacar, por su especificidad, el *Quality Proforma* originalmente desarrollado por ALNAP en 2000-1, y sometida a 4 revisiones entre 2001 y 2004 para reforzar la consistencia en interpretación y utilización y reflejar el desarrollo alcanzado en la evaluación de la acción humanitaria. En base a una definición del ALNAP de la *evaluación en la acción humanitaria* se aplica la Proforma para evaluaciones y metaevaluaciones de proyectos y programas de acción humanitaria, en particular orientados a acciones dirigidas a responder a desastres naturales y a emergencias políticamente complejas. La Proforma está dividida en 6 secciones que evalúan a) términos de referencia, b) métodos, práctica y limitaciones de la evaluación, c) análisis de contexto, d) la intervención, e) los informes, y f) comentarios generales, clasificando cada área evaluada como buena, satisfactoria, insatisfactoria, pobre o no aplicable. (ALNAP 2005 - Ver Anexo 1).

Ernest House, pionero junto a Scriven del desarrollo de la corriente cualitativista de la evaluación científica, cuenta en su libro “Evaluación, Ética y Poder” (1994, apud Díaz 2001, p. 172) con una sección dedicada específicamente a la metaevaluación, a la que aplica también un enfoque cualitativo, basado en la percepción selectiva por parte del metaevaluador de las disonancias que se presentan en la evaluación y en su informe. House alterna en su abordaje los extremos “duro” y “blando”. En el extremo “duro” menciona el análisis de sistemas, el modelo de los objetivos y de la decisión, que focalizan en aspectos como la causalidad, la eficacia, la eficiencia, la programabilidad y la cuantificación de variables, todos ellos basados en listas de cotejo. En tanto el extremo “suave” del abordaje meta-evaluador se centra en la comprensión que demandan descripciones complejas, holísticas y que implican gran cantidad de variables interactivas como son las evaluaciones. Los modelos que identifica House en este extremo “suave” del análisis de las evaluaciones se aproximan al enfoque cualitativo centrado en *la hermenéutica*, y propone como categorías de la hermenéutica externa a la ética, la epistemología y la política, a los que considera elementos principales del proceso evaluativo. En su trabajo Díaz (2001) realiza luego un profundo trabajo conceptual, categorial y epistemológico sobre la metaevaluación, y reflexiona sobre la limitación que representa el hecho que la mayoría de las metaevaluaciones deban centrarse en los informes escritos del proyecto y en otros documentos oficiales. Propone Díaz que el tipo de investigación sobre estos textos deberá contar con los métodos y las técnicas de análisis de

discurso, interpretación de texto, o similares, destacando a la hermenéutica como una propuesta metodológica integral, consagrando el resto del texto a una presentación detallada de las modalidades de la hermenéutica (hermenéutica interna, externa y profunda), en tanto procedimientos que sintetizan mediante la complementariedad de sus modalidades las redes y conexiones que requieren la interpretación de las metaevaluaciones.

En este trabajo se adopta la perspectiva según la cual la *evaluación* no debe ser considerada como una acción de control o fiscalización, sino como un *proceso* que permite a los distintos *actores* involucrados *aprender* y adquirir experiencia de lo planificado y ejecutado para *tomar decisiones* que optimicen la gestión del proyecto, y garanticen *mejores resultados presentes y futuros*. También debe señalarse, retomando conceptos iniciales, que las evaluaciones constituyen sólo una de las fuentes consideradas a la hora de la toma de decisiones, y que la decisión está más allá de sus alcances como ha sido destacado en varios estudios. Se entiende así que el mejoramiento del diseño de las evaluaciones aplicables a las intervenciones sanitarias en situación de epidemia, desastres y enfermedades olvidadas, será un elemento estratégico en el incremento de la calidad técnica de los informes, con potencial de influencia para la retroalimentación de las acciones humanitarias.

7.3.2 Aplicabilidad de la meta-evaluación

Si bien la meta-evaluación ha sido una práctica inicialmente efectuada y desarrollada en el ámbito educativo y en los Estados Unidos a principios de los '80, ya son varios los países desarrollados que cuentan con sistemas nacionales de evaluación de políticas y programas públicos, y que han alcanzado un alto grado de profesionalismo. Estos sistemas nacionales de evaluación han avanzado hasta arribar a un consenso de normas, principios, directrices y patrones internacionales, y un análisis comparado de estos consensos en la Unión Europea ha demostrado que las semejanzas entre sistemas nacionales son muy superiores a las pequeñas diferencias de orientación que se observan entre ellos. *En nuestro continente* y en el *área de la salud*, el Ministerio de Salud del Brasil lleva adelante una meta-evaluación de los Estudios de Líneas de Base del Proyecto de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia (Proesf), un componente de la Atención Primaria enmarcado en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileiro. La iniciativa, pionera en la región, está orientada a la gestión

descentralizada de programas de promoción y protección de la salud en los grandes municipios -de más de 100 mil habitantes- y cuenta con financiación interna y externa del Ministerio de Salud y del Banco Mundial. (Araujo Hartz, 2006)

Esta meta-evaluación, que fuera demandada a grupos de investigación de instituciones académicas, se lleva adelante mediante la aplicación de los cuatro patrones internacionales para la evaluación de políticas sociales: utilidad, factibilidad, corrección y precisión, en asociación con patrones de especificidad definidas en los términos de referencia de los Estudios de Línea de Base, y su principal interés radica en incentivar y ampliar el uso de herramientas de evaluación en salud como un punto crucial para el desenvolvimiento y perfeccionamiento del SUS. El estudio establece, en relación con la elaboración de las directrices para la metaevaluación del Proesf, una comparación con principios y directrices utilizadas por otros sistemas nacionales de evaluación, tal el caso de la Sociedad Americana de Evaluación, la Sociedad Canadiense de Evaluación – que incorporó consideraciones éticas dirigidas a la competencia, integridad e imputabilidad de los evaluadores –, y la Sociedad Francesa de Evaluación – que en 2003 aprobó su Carta de Evaluación de Políticas y Programas Públicos con el objetivo de crear el consenso más amplio posible entre sus miembros–, entre otras. Se hace mención de países con una tradición más antigua de evaluación de sus sistemas públicos, tales como Suiza, Alemania, Francia y Reino Unido, destacando sin embargo que se observa una asimetría entre el elevado peso atribuido a las responsabilidades de los evaluadores, comparándolas a las obligaciones que deberían asumir los gestores de programas, explicitadas sólo por Inglaterra. En esta revisión efectuada por la autora de normas y directrices nacionales las semejanzas entre países desarrollados son bien superiores a las diferencias, y concluye que la incentivación del más amplio uso de estas herramientas en la práctica de la evaluación aportaría de manera crucial a su desarrollo y perfeccionamiento futuros. (Araujo Hartz, 2006)¹².

En el área más específica del trabajo de ONG relevamos una metaevaluación efectuada en 2006 sobre 20 evaluaciones realizadas a programas de cooperación llevados adelante por ONG australianas, cuyos términos de referencia se orientan a determinar la calidad y la validez de la evaluación de actividades de la ANCP (ONG de Ayuda a Programas de Cooperación Australianos),

¹² Traducción libre del autor.

sus resultados y recomendaciones, y también a determinar cuan amplia y consistentemente son utilizados los hallazgos por las ONG acreditadas. Respecto de calidad, se identificaron 8 aspectos claves que fueron analizados y discutidos separadamente, entre los cuales están: a) la capacidad de la evaluación de brindar elementos orientados a la rendición de cuentas, y al mejoramiento continuo de los programas; b) la presentación metodológica de conclusiones y recomendaciones; c) la descripción y utilización de lecciones aprendidas; d) la claridad y concisión en la presentación; e) la independencia de los evaluadores; f) el uso de técnicas participativas, entre otros. (Reynolds, 2006).

8. METODOLOGÍA

8.1 Tipo de estudio

La presente investigación constituye la realización de un análisis de tipo *meta-evaluación*, de carácter cualitativo, descriptivo, explicativo, ex-post, y externo. En cuanto al contenido, refiere al diseño, proceso y resultado de las evaluaciones a que fueran sometidos los proyectos de intervención sanitaria en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas operados por MSF-OCBA a nivel global, entre 2005 y 2010.

8.2 Objeto de estudio

Son las evaluaciones -incluye enfoque/marco conceptual, aspectos metodológicos, instrumentos, actores, proceso, resultados, productos, formulación de juicios valorativos y recomendaciones- de las intervenciones humanitarias de MSF- OCBA, efectuadas y evaluadas entre 2005 y 2010.

8.3 Unidad de Análisis

Informes de evaluaciones realizadas de las intervenciones sanitarias (medico-humanitaria) efectuadas a nivel mundial por Médicos sin Fronteras – Célula Operacional Barcelona Atenas (MSF-OCBA) en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, en el periodo 2005 a 2010.

En la presente investigación se analizaron 14 evaluaciones efectuadas a intervenciones efectuadas por MSF-OCBA en el período 2005-2010, a las que el investigador tuvo acceso: 2 evaluaciones efectuadas en el año 2005, 5 en 2006, 2 en 2007, 3 en 2008 y 2 en 2010. Las mismas se realizaron en 9 países (Angola, Liberia, República Democrática del Congo, Sudán, Sri Lanka, Bolivia, Colombia, Guatemala y Haití) de 3 continentes (África, Asia y América Latina). Del total de las 14 evaluaciones, 11 han sido internas de MSF-OCBA, en tanto 3 externas, efectuadas por evaluadores expertos de MSF Internacional y/o de Epicentre¹³. Respecto del tipo de intervención evaluada, 4 corresponden a intervenciones por

¹³ Epicentre es una agencia especializada de MSF, ubicado en Francia, colaborador de la OMS para la investigación en epidemiología y en la respuesta a enfermedades emergentes (www.epicentre.msf.org)

enfermedades olvidadas, 5 a desastres provocados por el hombre, 3 a epidemias, y 2 a desastres naturales. Estas categorías corresponden al motivo inicial de intervención, ya que posteriormente dos de ellas combinaron más de un motivo de intervención.

Las evaluaciones incluidas responden a su vinculación instrumental con el proceso de evaluación permitiendo abarcarlo y estudiarlo. Representan la casi totalidad de las evaluaciones realizadas en el período por la organización.

8.4 Sistematización, análisis e interpretación de la información

Se utiliza una concepción amplia de la meta-evaluación que implica no sólo estudiar la validez de las dimensiones y los indicadores sino, también, la estrategia y los fines mismos de la evaluación, así como sus consecuencias, su conveniencia y oportunidad, el proceso de la evaluación, los resultados o productos de la evaluación y su consecuente utilidad, la credibilidad del estudio, la pertinencia de los evaluadores, la metodología utilizada para llevar a cabo la evaluación y los modelos subyacentes en el proceso de evaluación (entre los principales).

Para ello se utilizaron:

- Revisión de documentación oficial
- Revisión bibliográfica
- Análisis de los informes de evaluación (matriz de análisis y lista de cotejo)
- Integración, análisis e interpretación de los elementos enunciados anteriormente, provenientes de diferentes fuentes.

8.4.1 Revisión de documentación institucional

- I. Informes de Evaluaciones de proyectos de intervención humanitaria efectuados por MSF-OCBA en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas entre 2005 y 2010
- II. Documentos oficiales y bibliografía temática de MSF: Respuesta a víctimas de violencia, OCBA policy paper; matriz de indicadores de objetivos, versión 2005; manual de THA 2005; cholera guidelines; Informe de operaciones 2010.

Se elaboró una ficha técnica para la extracción de los datos claves de dicha documentación.

En esta revisión se previó una limitación en la posibilidad de acceso a algunos de los documentos arriba señalados por parte de MSF.

8.4.2 Revisión de bibliografía

A fin de obtener elementos para la elaboración de la propuesta se realizaron búsquedas en Internet (en las bases de datos electrónicas BIREME BVS, Medline, y SciELO) con los siguientes descriptores (DeCS/MsSH): *desastres, desastres naturales, desastres provocados por el hombre, epidemias, evaluación de programas y proyectos de salud, y sistemas de socorro*. Y en el Google y Google académico utilizando las siguientes palabras claves (en inglés y español): *epidemias, desastres (naturales y provocados por el hombre), enfermedades olvidadas, asistencia y/o ayuda humanitaria, evaluación, evaluación de programas y proyectos de salud, y meta-evaluación*. Se utilizaron operadores lógicos o “booleanos” y comodines en la revisión para obtener la acotación vista la especificidad temática de la investigación.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron en primer lugar la pertinencia y relevancia para con la investigación, y la comprobación y fiabilidad de la fuente. Para datos cifrados se optó, prioritariamente, por citas de OPS, OMS o de otras agencias de las Naciones Unidas.

Criterios de inclusión

- Que tratasen sobre marcos conceptuales de los distintos tipos de intervención de ayuda humanitaria considerados en la investigación
- Que tratasen sobre evaluaciones y meta-evaluaciones, formales o informales, de programas o proyectos humanitarios, sociales o sanitarios
- Que tratasen sobre modelos evaluativos para programas o proyectos humanitarios, sociales o sanitarios

- Que se enmarcaran en el periodo (1998 al 2013) e idiomas (español, inglés) considerados, con excepción de escasos artículos previos a este período que fueran incluidos por su estrecha vinculación con la temática investigada.
- Que trataran sobre aspectos conceptuales, metodológicos y operativos de metaevaluaciones realizadas en el campo social.

Se incluyeron también artículos específicos sugeridos y enviados por el Departamento Médico de MSF-OCBA.

Se elaboró una ficha de contenido para la sistematización de la revisión de los artículos relevantes recuperados.

En la recuperación de artículos relevantes se confirmó algún grado de dificultad dado que durante la elaboración del Estado del Arte / Marco Teórico se encontró, además de lo señalado por los autores en los artículos analizados, una cierta escasez de documentación fiable relacionada con el tema específico de este estudio.

8.4.3 Revisión y sistematización de los informes de evaluación

Para facilitar el análisis posterior los datos de los informes de evaluación se extrajeron y volcaron en una *Matriz de Análisis* (Apéndice A), en cuya confección se consideraron aspectos conceptuales aportados por Samaja (2003) y otros aportes de la bibliografía sobre evaluación y meta-evaluación, además de la experiencia del autor, y que integró las siguientes variables para cada unidad de análisis (evaluación) comprendida en la investigación.

- a. Tipo de intervención evaluada
- b. Duración de la intervención
- c. Presupuesto de la intervención
- d. Descripción general de la intervención
- e. Marco conceptual o concepción global sobre la que se basa la intervención
- f. Dimensiones o componentes de la intervención
- g. Variables, indicadores e instrumentos de medición y de análisis de las observaciones de la intervención

- h. Fuentes de dónde se conseguirá la información
- i. Tipo de evaluación
- j. Propósito de la evaluación, en función de para quiénes se evalúa
- k. Objetivos general y específicos de la evaluación
- l. Abordaje metodológico de la evaluación
- m. Duración de la evaluación
- n. Evaluador
- o. Coordinación sede-terreno
- p. Resultados principales
- q. Recomendaciones
- r. Acciones tomadas según recomendaciones de la evaluación
- s. Mecanismos de monitoreo
- t. Otros: aspectos generales de cada evaluación no considerados en los aspectos evaluados en la matriz

La matriz fue ajustada inicialmente mediante una prueba piloto en la cual las variables fueron aplicadas a 3 evaluaciones. La misma ha sido un instrumento de presentación de los datos centrales de las evaluaciones (agrupados según tipo de intervención) necesarios para la realización de la meta-evaluación.

8.4.4 Análisis e interpretación de los datos / información

Se realizó una lectura crítica que requirió analizar, interpretar y comprender los datos provenientes de las evaluaciones comprendidas en la investigación, de modo de obtener una explicación rica, coherente y justificada sobre la evaluación de este tipo de intervenciones.

Una primera aproximación se realizó a partir de la matriz de análisis en la que se presentan los principales aspectos de las evaluaciones efectuadas. Se identificaron y analizaron regularidades y diferencias, a través de las cuáles se llegó a una valoración inicial global del conjunto de evaluaciones.

Los modelos de listas de cotejo presentados en *Instrumentos y métodos de la meta-evaluación*, si bien en ocasiones pueden parecer repetitivos o redundantes, guardan diferencias entre sí que las convierten en instrumentos complementarios, y son de interés por proveer algunas de ellas una visión más genérica y otras más específicas para la temática evaluada. Por lo tanto, y asumiendo que el análisis puede adquirir una mayor riqueza en base a la síntesis de la complementariedad generada en la posible combinación de los instrumentos propuestos, todos ellos han sido utilizados en el análisis, aunque en base a la especificidad de los informes (evaluaciones de misiones humanitarias), la Quality Proforma de ALNAP fue la lista de cotejo centralmente utilizada en el análisis de las evaluaciones de la presente investigación (ver Anexo 1).

En virtud de que meta-evaluar es también dar sentido y explicar el significado del conjunto de acciones humanas que se reconocen como evaluación, se realizó además un análisis de las evaluaciones utilizando algunos elementos seleccionados del Esquema-Resumen del Procedimiento Hermenéutico de la Meta-evaluación de Santos Guerra (1999 citado en Díaz, 2001, p.173 y 188-89), que contribuye a organizar las preguntas relevantes de la meta-evaluación en un modelo que contempla cinco momentos o contextos de la evaluación, a modo de inventario de todos los elementos que pueden resultar críticos para explicar las evaluaciones.

Há sido a partir de estas reflexiones y análisis interpretativos que se valoraron los procesos de evaluación y la suficiencia del sistema de evaluación en cuestión, con el objeto de contribuir a través de mejores evaluaciones al perfeccionamiento de las intervenciones humanitarias.

Siguiendo a Minayo en el momento del análisis se tuvieron en cuenta los tres “obstáculos para un análisis eficiente”: a) el de la ilusión del investigador, que en ocasiones por la familiaridad con el tema y por un fenómeno de simplificación genera conclusiones a primera vista transparentes pero equivocadas; b) excesivo involucramiento del investigador con métodos y técnicas, al punto de olvidar los significados de la materia investigada; y c) la dificultad de articular datos concretos con datos abstractos, generando un distanciamiento

entre la práctica de la investigación y la fundamentación teórica. (Souza Minayo, Ferreira Deslandes, Cruz Neto, Gomes, 2004)

8.5 Limitaciones del estudio

La presente investigación está basada en el análisis de 14 evaluaciones efectuadas en un período de 6 años (2005-2010) por MSF-OCBA. Esta tarea impone la necesidad de contar con los textos de las evaluaciones, pero también con sus anexos, y con documentos relacionados a dichas evaluaciones tales como los informes de proyecto de las misiones evaluadas. Sin embargo solamente se obtuvieron los documentos de las evaluaciones, no así sus anexos, ni los informes de proyecto de las misiones evaluadas, lo cual supone una importante limitación al no poder contar con datos del proceso de las intervenciones evaluadas.

La investigación se proponía la realización de entrevistas a informantes claves: evaluadores, interventores de proyectos, y personal de sede vinculado a las evaluaciones, las cuales no pudieron efectuarse siendo esto considerado como una limitación mayor en vistas de la pérdida de potencial información de calidad que su no ejecución provocó. Las entrevistas estaban orientadas a complementar la información obtenida de documentos y registros oficiales para profundizar la descripción y análisis del proceso actual de evaluación, analizar los aspectos operativos esenciales, e identificar principales actores y posicionamientos, así como los factores potenciales de facilitación u obstaculización de la utilización de los informes de evaluación.

Para la ejecución del diseño de los textos de las entrevistas a informantes clave se trabajó en conjunto con el Director Médico de MSF-OCBA con quien el investigador tuvo una serie de intercambios hasta considerar que el producto (las entrevistas) habían logrado el nivel de calidad deseado y acordado, y se planeaba realizar el análisis de dichas consultas a los informantes clave seleccionados de modo de destacar asuntos relevantes, establecer recurrencias, mejorar la comprensión del contexto de las evaluaciones y su utilización, y ampliar y complementar la información obtenida por otros medios, enriqueciendo el análisis e interpretación de los informes.

Nos enfrentamos entonces a una pérdida de información que se hubiera podido obtener mediante la respuesta a cuestionarios en cuya elaboración participó activamente el máximo responsable del Departamento Médico, lo cual constituyó incluso un interesante proceso de aprendizaje para el investigador, y cuya obtención incluso parcial, considerando el potencial escenario de una baja tasa de respuesta, hubiese supuesto un indudable enriquecimiento del análisis de la presente investigación. Los problemas de la parcialidad de los informantes y otros potenciales sesgos, así como posible baja tasa de retorno de los cuestionarios auto-administrados fueron considerados siguiendo lineamientos propuestos para la construcción de tales instrumentos (Souza Minayo, Gonçalves de Asis & Ramos de Souza, 2005).

Cada entrevista elaborada (incluidas bajo Apéndices B, C y D) consta de una introducción que describe objetivos y metodología de la investigación, acuerdos institucionales de trabajo en coordinación entre el investigador y el Director Médico de MSF-OCBA, y una descripción general del objetivo general de las entrevistas, consistente en obtener información desde la perspectiva de los distintos informantes claves para complementar la información contenida en las evaluaciones. También se incluye un instructivo para facilitar la comprensión y correcta confección de la entrevista, y definición de términos (términos de referencia, criterios, coordinación y diseño, entre otros), de manera de intercambiar toda la información que se juzgó necesaria para la mejor elaboración de las respuestas a los instrumentos. Luego se suceden las secciones y preguntas propiamente dichas, optándose prioritariamente por preguntas cerradas con opciones pre-elaboradas de respuestas que facilitarían el análisis posterior de las respuestas, aunque previendo a lo largo de todo el instrumento espacios para comentarios, e incluso una sección final en la que se invita a los entrevistados a añadir comentarios generales sobre modificaciones que éste sugiera introducir a las evaluaciones o al sistema de evaluaciones de intervenciones humanitarias, en cuanto a su concepción, modelo y metodología, a fin de mejorar el proceso de aprendizaje personal y de aprendizaje y memoria institucional.

De hecho y a pesar de que la confección de estas entrevistas fue, como se señala más arriba, realizada en conjunto con el Director Médico de la organización, resultaron vanos los numerosos intentos del investigador por obtener la lista del personal de MSF (efectores de los

proyectos evaluados, personal del Departamento Médico involucrado con las evaluaciones, y evaluadores), lo que nunca fue posible por motivos que se desconocen, pero entre cuyas probables respuestas estarían:

- a) la permanente rotación del personal que caracteriza a este tipo de intervenciones, y que no excluyó en este caso al cambio de Director Médico en el transcurso de la presente investigación, lo cual dificultó la continuidad de las negociaciones iniciadas con el Director Médico saliente con quien se consensuó e elaboró el material de las entrevistas.
- b) el fenómeno más general -señalado en el cuerpo de la investigación bajo “Fundamentación/Justificación”- de resistencia de los seres humanos a la evaluación, por la percepción de que las respuestas brindadas puedan tener la significación de “errores” cometidos por quienes son materia de evaluación, los ejecutores de la acción, por estar a cargo de los proyectos evaluados.
- c) el cambio de prioridades generado característicamente en estas organizaciones por las frecuentes urgencias operacionales.

En base a las propuestas efectuadas en un artículo de la Revista Americana de Evaluación sobre como diseñar evaluaciones con limitaciones de presupuesto, tiempo o información, podemos señalar que la ausencia de informes de proyecto de las intervenciones evaluadas, o de las entrevistas a informantes clave constituyen limitaciones propias de la presente investigación, condicionando una cierta modificación / simplificación del diseño evaluativo en vistas de que no se cuenta con información por motivos de “difícil acceso” de ciertas fuentes o audiencias, si bien esta limitación no afecta la validez de los hallazgos, ni los objetivos básicos de la investigación (Bamberger, Rugh, Church & Fort, 2004).

8.6 Tratamiento de datos e información

Se estableció un compromiso con MSF-OCBA mediante la firma de un documento de autorización institucional para la utilización de la información contenida en las evaluaciones por parte del investigador, respecto del manejo discreto de los datos contenidos en las mismas, las cuales no serían divulgadas en forma de texto completo a ninguna audiencia de la presentación futura de esta tesis de maestría. La información se presentará de manera parcial,

en el marco de la matriz de datos y de la lista de cotejo seleccionada para analizar los contenidos de los documentos, cuidando evitar la divulgación de datos potencialmente sensibles que puedan comprometer a la organización. En caso de existir datos sensibles y a la vez pertinentes de análisis, se consensuó con el Director Médico de MSF-OCBA el acuerdo común para determinar la manera de presentar los mismos en el marco de la investigación.

9. RESULTADOS

Las evaluaciones estudiadas, organizadas según tipo de intervención, son descriptas y analizadas mediante la utilización de la matriz de análisis y la lista de cotejo (Quality Proforma) del ALNAP, los instrumentos metodológicos utilizados en esta investigación, que reúnen ciertas semejanzas, diferencias y complementariedades que serán desarrolladas más adelante bajo “Análisis – Aspectos técnicos: Instrumentos”. En términos generales se puede decir que la matriz de análisis ha sido creada en base a la experiencia del autor de la investigación, de acuerdo a su desempeño en tanto trabajador humanitario sanitario de Médicos sin Fronteras, y previamente en otras dos organizaciones humanitarias, y a una revisión de la literatura con el objetivo general de realizar esta evaluación de las evaluaciones. En tanto que la Quality Proforma del ALNAP es una lista de cotejo específicamente elaborada para recabar información de informes de evaluación de intervenciones humanitarias, y busca abarcar un conjunto más amplio de proyectos y programas humanitarios, independientemente de la organización implementadora de la intervención evaluada.

A continuación se incluye la lista de las 14 evaluaciones que se analizan en esta investigación para facilitar su ubicación en las referencias que se harán, en adelante, en el ejercicio de análisis:

- 01 Evaluación tsunami - Sri Lanka 2005
- 02 Evaluación epidemia de malaria - El Charco, Colombia 2005
- 03 Evaluación desastre provocado por el hombre – Uige, Angola 2006
- 04 Evaluación epidemia de cólera - Angola 2006
- 05 Evaluación inter-seccional epidemia de cólera - Angola 2006
- 06 Evaluación atención salud mental desplazados – Caqueta, Colombia 2006
- 07 Evaluación enfermedad de Chagas - Guatemala Noviembre 2006
- 08 Evaluación enfermedad de Chagas - Entre Ríos, Bolivia 2007
- 09 Evaluación atención salud mental desplazados – Soacha, Colombia 2007
- 10 Evaluación enfermedad de Chagas – Sucre, Bolivia 2008

- 11 Evaluación Hospital Benson - Liberia 2008
- 12 Evaluación Tripanosomiasis Humana Africana – Yambio, Sud-Sudan 2008
- 13 Evaluación Inter-seccional terremoto - Haití 2010
- 14 Evaluación desastre provocado por el hombre – Kalonge, Sud Kivu, RDC 2010

9.1 Perfiles según tipo de Intervención:

9.1.1 Desastres Naturales (Evaluaciones 1 y 13):

Existe una notable discordancia entre la evaluación 1 (Sri Lanka, Tsunami, 2005) y la 13 (Haití, Terremoto, 2010), siendo la primera una evaluación somera, sin términos de referencia, dividida en 5 secciones inconexas, con una redacción en ocasiones telegráfica y en otras con frases largas sin puntuación, que no brinda información respecto del contexto, de los objetivos iniciales de la intervención, de la población diana, ni del número y envergadura de los sitios de intervención, como si el desorden de la intervención, inevitable quizá por el tipo de emergencia, se hubiera trasladado a la evaluación. La evaluación, escrita en idioma inglés (pobre), contiene 1 anexo (no incluido), tiene una extensión total de 9 páginas, y no utiliza otro método que la descripción subjetiva de los aspectos operativos en ésta incluidos. La evaluación de la intervención por el terremoto en Haití es en cambio un informe muy completo y bien estructurado, con una metodología que reparte de manera interesante sus componentes cuantitativos y cualitativos surgidos de revisión documental, entrevistas con pacientes, representantes comunitarios, y actores externos, así como encuestas efectuadas al propio personal interviniente. Compone asimismo la metodología la utilización de una plataforma virtual común para compartir documentos y que sirve de archivo para todos los documentos de trabajo, a la vez que un punto focal en cada Centro Operacional facilitó el acceso a documentos claves y la selección de entrevistados. El informe está escrito en idioma español, contiene 10 anexos (no incluidos), y tiene una extensión de 33 páginas.

La evaluadora de la intervención en Sri Lanka, aparentemente personal de MSFE e implicada en la intervención evaluada, señala la superposición con otras ONG (sobre todo inicial, “un gran circo humanitario”), así como falta de coordinación con ONG y autoridades, y en cuanto a la coordinación sede-terreno la falta de apoyo para definición de una estrategia

logística, y para proveer recursos humanos logísticos experimentados, acordes a la misión requerida. Debido a la ausencia de un sistema local de vigilancia epidemiológica, es el propio equipo el que realiza vigilancia directa en la zona de intervención.

La intervención médica se supuso limitada desde el inicio por bajo número de heridos, baja posibilidad de epidemias, y pudo haberse afectado por lo inesperado del evento, por la ausencia o lentitud de datos epidemiológicos y poblacionales por parte de autoridades, y por la dispersión de sitios afectados. La implementación resultó de facto en provisión de refugio temporal, con mucha improvisación logística y fallas en la cadena de suministros.

Se señalan las dificultades de gestión del personal local, con demasiado énfasis puesto en el armado de tiendas, luego sub-utilizadas por la población objetivo debido al rechazo y a la poca demanda de asistencia por parte de la población, y a la in-coordinación interna en la actividad logística de provisión de agua y de distribución de asistencia no alimentaria. Se recomienda en consecuencia que la distribución de asistencia no alimentaria en este tipo de intervenciones sea organizada y efectuada desde día 1, con mayor y más fuerte reactividad. Se presenta una propuesta de algoritmo decisional para intervenciones de este tipo, optando por la estrategia de instalar tiendas y no construir refugios, debiendo ser MSF quien esté a cargo de proveer toda la instalación de agua y saneamiento. Se enfatiza la necesidad de contar con un equipo logístico experimentado desde el inicio, y de intervenir en este tipo de escenarios con equipo de trauma psicológico también desde el comienzo.

La evaluación del Terremoto en Haití se trata en cambio de una revisión interseccional de la respuesta al desastre de enorme magnitud, que cubre las intervenciones de los 5 centros operacionales de MSF, y consiste en 6 revisiones específicas atendiendo a diferentes ejes de la respuesta: 1.global / operacional, 2.médico / quirúrgica, 3.logística / suministros, 4.comunicación, 5.recursos humanos, y 6.recolección de fondos. Los términos de referencia detallan los elementos claves a evaluar en cada una de estas revisiones, así como una lista de preguntas claves para la evaluación global, listas de resultados y limitaciones esperadas, y detalles de la implementación práctica de la evaluación, esto es atribución de roles y responsabilidades específicas a los diferentes evaluadores. El equipo evaluador está compuesto de un líder de equipo y 15 expertos que se distribuyeron las revisiones de la

evaluación; se aclara quienes visitaron terreno, y se incluye en anexo una síntesis del CV de cada evaluador.

En cuanto a la fase operativa de la intervención la presencia -previa al terremoto- en Haití de 3 secciones operativas a cargo de programas quirúrgicos implicó una muy buena calidad y reactividad de la respuesta médico quirúrgica y atención de salud mental de las víctimas, reflejado en 5.700 cirugías mayores, 123.000 consultas, y cerca de 15.000 consultas de salud mental. Nadie cuestiona, dada la envergadura del desastre, la reacción inicial con involucramiento de los 5 centros operacionales, pero ya el hecho que todos los centros operacionales optaran por actividades tan similares, y de que MSF estuviera poco preparado para un desastre mayor es más cuestionable. Muchas víctimas entrevistadas observaron falta de atención a las necesidades espirituales durante las largas estadas en hospitales, así como necesidades no cubiertas de abrigo, agua y saneamiento, y por los crecientes problemas de violencia en los meses que siguieron al desastre. Muchas necesidades fueron atendidas tarde o insuficientemente, tales como tratamiento de enfermedades crónicas, internaciones pediátricas, asistencia de desplazados, personas sin casa, y víctimas de la violencia. Ciertas alternativas operativas se volvieron menos coherentes con el paso del tiempo, cuando las secciones individuales decidieron sus estrategias de mediano y largo plazo, y una estrategia conjunta hubiera permitido al movimiento responder más temprano a los diferentes desafíos y prioridades en las diferentes etapas de la intervención.

Una coincidencia observada en ambas evaluaciones es la pobreza en la descripción contextual. En cuanto al informe del tsunami no se hace ninguna mención del contexto, no hay tampoco un análisis de la crisis, ni una cronología de eventos. En el informe del terremoto solo se menciona en la introducción que al comienzo del año 2010 Haití estaba finalmente haciendo algunos progresos, la economía estaba creciendo, el gobierno se estabilizaba, las cifras de criminalidad estaban en disminución, y se vivía el momento de mayor optimismo de las últimas dos décadas. Con este escenario de fondo se produjo el 12 de enero uno de los peores desastres naturales de la historia. Sí se realiza en cambio un sucinto relato del total de fallecidos, heridos y de familias sin techo como consecuencia del desastre, aunque se menciona la posibilidad de que el gobierno haya inflado las cifras de una catástrofe de todos

modos incuestionable. En el tsunami en cambio el Ministerio de Salud aportó datos epidemiológicos a ritmo lento, y considerados subestimados, pero sin mención de cifras.

Ambas evaluaciones mencionan también la falta de coordinación como una limitante de la intervención. La intervención del tsunami adoleció de coordinación entre ONG y con las autoridades, además de la ya mencionada incoordinación sede-terreno en términos de respuesta a las necesidades operativas en tiempo y forma. La evaluación de la intervención del terremoto en Haití señala una llamativa falta de coordinación entre secciones de MSF, pero también con otros actores, especialmente el Ministerio de Salud. En un análisis pormenorizado del tema se señala que de manera general la colaboración entre secciones se limitó a compartir información (sobre todo al inicio, pero menos con el avance de la intervención), sin que reales discusiones estratégicas o de planificación hayan tenido lugar. La necesidad de apoyo de las sedes fue repetidamente identificada en Haití, pero complicados procesos de toma de decisiones impidieron a MSF analizar, articular y acordar en fuertes mensajes sobre lo que la organización testimoniaba en el terreno; demasiados mensajes resultan en ningún mensaje claro. Las plataformas de discusión -que existen y discuten-, no se traducen en decisiones; todo debe pasar por el filtro de operaciones, y el proceso de toma de decisiones es penosamente lento. En el capítulo de revisión médica, todos los señalamientos "a mejorar" aluden a la necesidad de coherencia inter-seccional (de análisis estratégico, recolección de datos, monitoreo, implementación programática con distribución racional de tareas, etc.). En la revisión logística se señala que algunos especialistas permanecieron ociosos o utilizados por fuera de sus competencias en sus secciones, en tanto otras secciones los hubieran necesitado. El hecho de que MSF no pueda producir un conjunto de información conclusivo de las 5 secciones operativas, debido a la ausencia de un sistema uniforme de registro estadístico, provoca una preocupación mayor en términos de rendición de cuentas y transparencia. El déficit de coordinación, en sus diversas formas de presentación, es un problema común y frecuente que se reiterará en las otras categorías de intervenciones evaluadas, como se verá más adelante.

En relación a los criterios de evaluación de la acción humanitaria (EAH) de las evaluaciones a intervenciones motivadas por Desastres Naturales, utilizando la lista de cotejo podemos decir que la evaluación del tsunami en Sri Lanka sería relevante en vista de la

magnitud y forma de presentación de la crisis, aunque no impresiona todo lo pertinente que debiera, en términos de incremento acorde de propiedad, contraloría y costo-efectividad, aunque son rubros no mencionados, y probablemente no mensurados. No se efectúa estimación objetiva de la eficiencia, aunque se menciona el desequilibrio entre aportes y resultados por los motivos antes señalados, y no se hace comparación con posibles abordajes alternativos. Si bien la respuesta fue oportuna (MSF estuvo entre las primeras organizaciones en llegar al escenario de crisis), se perdió ese avance por fallas en el sistema logístico. En términos de efectividad (no cuantificada), se estima que ésta hubiera podido obtenerse por ejemplo con la provisión inicial temprana de material médico. No se efectuó medición de impacto.

La evaluación del terremoto haitiano adolece de un sistema de recolección de datos uniforme, y de atribución financiera de los gastos de la intervención, resultando en interpretaciones de definiciones variables e informes poco confiables, por lo cual podría decirse que si bien el trabajo fue hecho, es imposible saber objetivamente cuán grande fue el éxito, o si la intervención hubiera podido ser más eficiente; se reconoce un importante espacio potencial de mejora para la eficiencia inter-seccional. La efectividad es analizada de manera parcial según las diferentes revisiones que componen la evaluación. Ej. "El envío de personal logístico experimentado de sede en primeros equipos incrementó la efectividad"; "La cadena de suministros tuvo una mejor efectividad por la coordinación inter-seccional en la Base de Santo Domingo y en el depósito de Puerto Príncipe". Considerando que uno de los objetivos de la evaluación de acuerdo a los TdR es analizar la efectividad de la respuesta de MSF, estas menciones al tema parecen escasas. No hay dudas respecto de la oportunidad de la intervención por la respuesta brindada por MSF desde el primer momento de ocurrido el terremoto en materia de asistencia de heridos graves, y de atención de salud mental. La intervención es relevante y pertinente en consideración de las enormes necesidades locales surgidas por la magnitud del desastre y en un país crónicamente receptor de asistencia humanitaria con muy escasa capacidad de respuesta de autoridades y estructuras de salud locales. La evaluación establece que la pertinencia no ofrece ninguna discusión ni planteo en los momentos iniciales de la intervención, con una impresionante operación de respuesta a las necesidades médico-quirúrgicas de la población afectada, pero que se desdibuja con el correr del tiempo, cuando MSF hubiera podido hacer más y mejor en términos de APS, distribución

de asistencia no alimentaria, y agua y sanidad. El tipo de intervención no requiere ni efectúa evaluación de impacto, ni de sostenibilidad / conectividad.

9.1.2 Desastres Provocados por el Hombre (Evaluaciones 3, 6, 9, 11 y 14)

Son 5 las evaluaciones a intervenciones desencadenadas por Desastres Provocados por el Hombre:

3) Angola, Uige, 2006, intervención iniciada en 1999 durante la guerra civil, luego motivada por crisis nutricional secundaria a reasentamiento poblacional post-conflicto en zonas "grises" (sin acceso durante la guerra) en 2002, y al momento de la evaluación se realizan programas de lucha contra tripanosomiasis humana africana (THA), malaria y tuberculosis (TB) en centros y puestos de salud de 3 municipios.

6) Colombia, Caqueta, 2006, intervención iniciada con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud mental de la población desplazada de la ciudad de Florencia, uno de los focos geográficos del conflicto armado que afecta a la sociedad colombiana desde hace más de cuatro décadas, cuyos actores (militares, guerrilla y narcotráfico), tienen a la sociedad civil como víctima de desplazamientos forzados y otras violaciones a los derechos humanos.

9) Colombia, Soacha, 2007, proyecto que brinda actividades de atención en casos de violencia sexual y maltrato, así como de atención de salud mental, dirigidas a la población vulnerable en general de la región periurbana de Bogotá, perteneciente a los llamados Altos de Cazuca, que alberga a parte de los 3.8 millones de desplazados provenientes del conflicto armado crónico que afecta principalmente a los Departamentos de Caquetá, Meta, Putumayo, Nariño y Chocó, siendo de una especificidad llamativa en el contexto colombiano por sus características de marginalidad, conflictividad y vulnerabilidad mantenidas a lo largo del tiempo.

11) Liberia, Hospital Benson, 2008, adonde MSF lleva adelante un proyecto de cobertura de los servicios de salud materno-infantil en la post-guerra civil inmediata en la capital del país, para atención de los sobrevivientes más desposeídos.

14) República Democrática del Congo (RDC), Kalonge, 2010, proyecto destinado a disminuir la morbilidad y la mortalidad en la población rural de la zona que ha sufrido por muchos años múltiples guerras y desplazamientos, y donde si bien no hay una situación sanitaria / humanitaria de urgencia, el contexto es volátil y muy frágil -aunque calmo en los últimos 3 meses-, y la población vulnerable carece de acceso a la atención de salud, que es de mala calidad, con malnutrición, víctimas de violencia sin asistencia y alto riesgo de enfermedades transmisibles.

Se verifica una vez más una marcada disimilitud entre los informes destinados a evaluar esta categoría de eventos, con un mejor desempeño de las evaluaciones externas¹⁴ que desarrollan un formato y una descripción ordenada del contenido, y un análisis profesional y pormenorizado de las intervenciones evaluadas. Es el caso de las evaluación 9 de Colombia, Soacha, 2007, no así de la 11 de Liberia, Hospital Benson, 2008, aunque ambas contienen un índice temático ordenado, y un detallado resumen ejecutivo que refleja el formato del texto principal y que reseña claramente las conclusiones y recomendaciones claves de los informes, respondiendo de manera bastante aproximada a lo que la lista de cotejo de ALNAP define como buenas prácticas sugeridas para informes de evaluación. El informe 9 de muy buena redacción en idioma español, contiene todos sus anexos (6), y tiene una extensión de 49 páginas, y el 11 es detallado, redactado en idioma inglés contiene 2 anexos (el N° 1, "Protocolo de Higiene del Hospital", no incluido), y tiene una extensión de 30 páginas. Ambas evaluaciones incluyen términos de referencia, la de Soacha detallados en anexo, y la del HB descriptos de manera tangencial bajo la sección de metodología, adonde se menciona una confusión entre sede y terreno respecto de los TdR, lo que generó un desafío, finalmente resuelto por los evaluadores para satisfacer las expectativas del equipo de terreno.

Las otras evaluaciones en cambio, tal como la 3 de Angola, Uige, 2006, carece de orden, completitud, e incluso de índice temático, ya que está dividida en dos partes, efectuadas cada una por un evaluador diferente, abarcando la primera (la parte aquí analizada) los aspectos técnico-médicos de la intervención, y la segunda los aspectos relacionados al

¹⁴Se deberá definir como evaluación externa a aquella que no es ejecutada por un evaluador de MSF-OCBA (la sección de MSF cuyas evaluaciones se analizan), dado que las evaluaciones inter-seccionales son efectuadas por personal de Epicentre, una agencia especializada de MSF, ubicada en Francia, que colabora con la OMS para la investigación en epidemiología y en la respuesta a enfermedades emergentes. Una sola evaluación sería entonces estrictamente externa, la número 9 (Colombia, Soacha, 2007).

contexto. Informe redactado en idioma inglés, no contiene anexos, y tiene una extensión de 13 páginas.

La evaluación 6 de Colombia, Caqueta, 2006, se caracteriza por un exhaustivo análisis teórico (político, socio-económico y demográfico) de la temática objeto de la intervención, que ilustra bien el contexto y la historia de la intervención evaluada, pero sin presentar datos concretos tales como propósito, objetivo o tiempos de ejecución de manera ordenada y sistemática. El informe se redactó en idioma español, no contiene anexos, y tiene una extensión de 41 páginas.

Por fin, la evaluación 14 de RDC, Kalonge, 2010, es un informe sin índice temático, de tono informal y coloquial, con exclamaciones y preguntas intercaladas así como frases en primera persona, con características de borrador en el que se destacan párrafos resaltados, sin aclaración de siglas y abreviaturas lo que hace difícil y a veces incluso incomprensible la lectura del texto, que no presenta detalle de las actividades del proyecto, de la fechas de inicio, ni de la previsión de continuación o de cierre del mismo. El informe no contiene anexos (aunque se mencionan en el texto), se redacta en idioma francés, y tiene una extensión de 12 páginas. Ninguna de estas 3 evaluaciones incluye términos de referencia.

En relación a los criterios EAH de las evaluaciones a intervenciones motivadas por Desastres Provocados por el Hombre, utilizando la lista de cotejo podemos decir que la eficiencia de la intervención 3, Angola, Uige, 2006 resulta difícil de estimar al no contar con cifras iniciales de morbi-mortalidad que permitan medir los efectos de los proyectos, debiendo guiarse aproximativamente la medición con valores de indicadores de servicio tales como consultas / habitante / año, hospitalizaciones / habitante / año, e incluso tasa relativa o coeficiente de mortalidad en hospitalización que brindaron resultados disímiles y afectados en sus valoraciones por aspectos culturales de acceso tales como arribo tardío por problemas de transporte y por asistencia a medicina tradicional, partos no institucionales asistidos por parteras tradicionales en domicilio, complicaciones obstétricas tardías, entre otros. La naturaleza del proyecto (reconstrucción de estructuras sanitarias) y la breve presencia planeada (estrategia de tipo rápido impacto) generan una obvia sobreestimación de la población blanco, que en el mejor de los casos será del 25% de las cifras planificadas

originalmente; esto sumado a la falta de cifras de morbimortalidad iniciales impiden efectuar cualquier medida de efectividad del proyecto, y por lo mismo tampoco sería posible hacer estimaciones de impacto. En relación a la pertinencia, el evaluador sostiene que no se puede ser afirmativo respecto de si los programas responden o no a las más urgentes o mayores necesidades de la población, aunque la elección de los 3 municipios es difícil de discutir, ya que todos cumplen los criterios de intervención: aislamiento, área afectada por la guerra, estructuras públicas de salud muy deterioradas, y ausencia de ayuda externa; en este sentido dado que el acceso a los servicios de salud estaban severamente limitados para toda la población, es valorable la consecuencia positiva de un apoyo técnico y financiero a este sistema. Además los 3 municipios son zonas endémicas para la THA, y MSF lleva adelante un programa de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en apoyo a un frágil sistema de salud. A pesar de que el diseño del programa sugiere una serie de impactos sostenibles, de las cuatro actividades sólo la parte formativa parece ser sostenible; en este sentido la organización decidió optar por los protocolos nacionales en lugar de los de MSF por motivos de sostenibilidad. Respecto de la cobertura, si bien los programas atienden a poblaciones aisladas, el evaluador cuestiona si estos están debidamente orientados a la población marginalizada, demandando una mejor definición de población objetivo del programa, ya que la actual incluiría a la vasta mayoría de la población rural y urbana en Angola.

En la evaluación 6, Colombia, Caqueta, 2006, la eficiencia sólo podría estimarse indirectamente por la producción de un número consecuente de herramientas de intervención comunitaria (talleres psico-educativos y de sensibilización), de guías de atención clínica (protocolos y anexos terapéuticos), y de herramientas de seguimiento y de evaluación de actividades de cuidados y de promoción y prevención. En relación a la efectividad y oportunidad se señala que MSF es la única organización que brinda atención de salud mental a víctimas civiles de conflicto armado en el sitio mismo en que confrontan los diferentes grupos de poder. Independientemente de la discusión técnica de definición de población diana e indicadores, es evidente que aún con el debate abierto de las capacidades locales existentes y la posible sustitución que MSF estaría generando con el proyecto, las 4200 consultas en los 13 meses evaluados son indicativos del logro del propósito de la intervención, basado en el altísimo valor que implica la confianza que la población traumatizada deposita en la organización en términos de impacto. Si bien la intervención brinda una asistencia invaluable

a la población civil víctima de violencia, las dudas radican al nivel del cambio más general producido por MSF sobre la calidad de la atención en salud mental en distrito. El proyecto se juzga pertinente en vistas del porcentaje de la población expuesta a consecuencias del conflicto armado, desplazamiento forzado entre otras, y aún con el debate existente respecto de la población diana del proyecto, ya que un proyecto de salud mental en zona de conflicto armado podría difícilmente situarse sobre una estrategia excluyente. La sostenibilidad supone un gran desafío a la organización ya que MSF es el único actor dando una atención en salud mental en el ámbito primario, pero en vista de que la respuesta institucional no va a cambiar en el corto plazo se considera prioritario, para correrse de la substitución, retomar el componente de capacitación con objetivos a medio plazo que permitan generar una capacidad local y tener una pista para criterio de salida. La coherencia del proyecto, en vistas de la población asistida víctima de violencia por parte de diversos actores armados en el mismo territorio del proyecto, no ofrece dudas de responder a necesidades humanitarias y de derechos humanos básicos desatendidos de hecho por el gobierno que es, de facto, uno de los actores armados mencionados.

En la evaluación 9, Colombia, Soacha, 2007, existió una excesiva complejidad en la construcción de los indicadores lo que hace difícil su valoración; además para esta evaluación no parece adecuado intentar valorar el desempeño del proyecto a lo largo de los años mediante una comparación de los indicadores recogidos en las matrices que han sido cambiantes por lo cual no arrojaría un análisis correcto. La efectividad e impacto de la intervención se consideran positivos tanto a nivel de beneficiarios directos (más de 25.000 personas atendidas), como de población diana, que ha mejorado significativamente su acceso a servicios, entre otros las víctimas de violencia sexual atendidas, sobre todo en Soacha, con aplicación de los protocolos de atención, de otra manera no disponibles. Según este análisis se considera que se ha producido impacto cuando se verifican cambios permanentes provocados por la intervención, que en algunos casos coincide con la definición de esta lista de cotejo. Como impacto dependiente de la permanencia del proyecto en Soacha se destaca la posibilidad de un servicio de salud mental en un entorno donde la oferta institucional no está disponible. El programa inicial de agua y saneamiento ha tenido también un impacto en el área de intervención favoreciendo tanto a la población diana como a la población general. No se puede sin embargo determinar la mejora, o no, de las condiciones de salud de los

desplazados. La pertinencia de este proyecto es basada en atención a víctimas de conflicto armado carentes de atención de salud. La formulación inicial del proyecto dirige la intervención a población desplazada y vulnerable sin distinción, y para definir adecuadamente la pertinencia de la intervención hay que caracterizar a la población y sus necesidades. El proyecto ha puesto de manifiesto ciertas dificultades en describir la población diana y los criterios de asistencia para esa población. Respecto del lugar de intervención, Soacha, es un municipio colindante a Bogotá, desde hace años un importante punto de recepción de desplazados, convertido en los últimos años en un lugar preferido para la presencia de ONG e instituciones, aspectos a tener en cuenta para re-evaluar la pertinencia de la presencia de MSF. En términos de sostenibilidad el proyecto ha desarrollado actividades de atención en casos de violencia sexual y maltrato que han potenciado la capacidad de las instancias locales de atender esta problemática, aunque se insiste en la necesidad de reforzar el componente comunitario como estrategia para alcanzar los objetivos del proyecto, estableciendo los mecanismos necesarios para brindar autonomía a los procesos comunitarios con una serie de capacidades propias y así asegurar que la retirada de MSF no revierta la situación a la de antes de la intervención. Este énfasis señalado en la evaluación se basa en falta de determinación institucional que en el año 2005 determinó que las actividades comunitarias fueran abandonadas como componente del proyecto. En términos de coherencia debe señalarse que las políticas de seguridad y humanitarias son particularmente valoradas en la decisión de llevar adelante la intervención. La permanente violación de derechos humanos en las áreas de conflicto, la presencia de desplazados en zonas urbanas marginales como consecuencia directa de dichas violaciones, y el hecho de que tras 8 años de presencia MSF siga conservando el perfil de actor independiente y orientado a las necesidades reales de los desplazados ha generado de alguna manera un espacio humanitario a través de la presencia de MSF.

En la evaluación 11, Liberia, Hospital Benson, 2008, la eficiencia resulta difícil de estimar en vistas de la arquitectura del presupuesto, ya que al alinearse las finanzas del proyecto siguiendo los procedimientos habituales de MSF, las líneas presupuestarias son por área administrativa (personal, médico, logístico, etc.), y no por actividad de proyecto (pediatría, consulta externa, internación), lo cual imposibilita hacer estimaciones de gasto por internación, por consulta, etc., y de este modo efectuar evaluaciones de correcta atribución

presupuestaria. Las cifras de las actividades señalan que entre septiembre 2006 y abril 2008 se brindaron casi 104.000 consultas a pacientes ambulatorios, correspondiente a más de 2000 consultas por semana; entre 50 y 800 consultas materno-infantiles/semana, y asistencia a 1.843 víctimas de violencia sexual en el centro de salud. La efectividad se deduce de la observación de la calidad de atención por el equipo evaluador, y testimonios de profesionales de la salud de instituciones que reciben pacientes referidos del Hospital Benson que dan cuenta del buen cuidado clínico basado en el conocimiento, la experiencia, la capacidad y la atención para proveer atención médica de calidad. La falta de un análisis sobre efectos más amplios del proyecto impide determinar el impacto del mismo. Respecto de la relevancia del programa, se debe considerar cuán relevante era la estrategia al inicio, durante la guerra, y cuán relevante es hoy en sus componentes remanentes en el actual contexto humanitario y de salud de Liberia. Parece apropiado haber cerrado los componentes de atención primaria, elección relevante para permitir al MdS asumir sus responsabilidades y cubrir esas necesidades, a la vez que la decisión de continuar con los componentes de emergencia pediátrica y obstétrica se justifica en la provisión limitada de atención secundaria de salud a estos grupos por falta de presupuesto, médicos pediatras, y la necesidad de adecuar instalaciones. La sostenibilidad del proyecto ha sido materia de intenso debate entre el equipo de terreno y el de evaluación. El informe de evaluación está atravesado por la temática del traspaso de componentes del proyecto a otras ONG locales y al MdS, incluyendo acuerdos firmados y sesiones de capacitación al personal local como elementos vinculados a la estrategia de salida.

En la evaluación 14, RDC, Kalonge, 2010 no se hace mención a la eficiencia, efectividad, impacto y relevancia de las actividades de la intervención, y respecto de la sostenibilidad se sugiere reflexionar sobre la posible estrategia de salida, aunque de manera poco concisa, para lo cual se propone redinamizar los comités de salud, incrementar la participación comunitaria, y replantear el sostenimiento de 5 de los 17 centros de salud de la zona.

9.1.3 Enfermedades Olvidadas (Evaluaciones 7, 8, 10 y 12)

Las 4 evaluaciones a intervenciones desencadenadas por Enfermedades Olvidadas tratan todas ellas sobre tripanosomiasis, tres de ellas por Enfermedad de Chagas, provocada

por *trypanosoma cruzi*, siendo América Latina su zona endémica, en Bolivia y Guatemala en este caso, y una por la Enfermedad de Sueño o Tripanosomiasis Humana Africana (THA), provocada por el *trypanosoma brucei gambiense* y *rhodesiense*, gambiense en este caso, en Angola. Se observa una cierta uniformidad de análisis y contenido entre ellas, con inclusión de descripción contextual, de relaciones con contrapartes, y de objetivos y actividades de los proyectos, con características propias de cada una de ellas señaladas a continuación.

Respecto de los términos de referencia, solamente la evaluación 7 los incluye y desarrolla detalladamente en anexo, la 8 los menciona aunque no los incluye, pero desarrolla objetivos de la evaluación y cronograma de actividades; la evaluación 10 no contiene TdR, pero presenta en cambio justificación, objetivos y metodología de la evaluación. Por último, la evaluación 12 tampoco contiene TdR, pero incluye una detallada descripción de los objetivos y la metodología de la evaluación.

Las evaluaciones de intervenciones en respuesta a Enfermedad de Chagas son la 7 en Guatemala, 2006, la 8 en Bolivia, Entre Ríos, 2007 y la 10 en Sucre, también Bolivia, 2008. La evaluación 7 en Guatemala, 2006, presenta un interesante abordaje crítico para un proyecto enfocado en la atención y testimonio a favor de una etnia minoritaria y sanitariamente desatendida, que revela el riesgo de "transculturización", y cuestiona la expertise/incumbencia de MSF para este tipo de proyecto. Citando datos de numerosos documentos internos y fundamentalmente externos, se destacan los siguientes niveles sucesivos abarcados en este análisis: el evaluador, MSF, personal de salud nacional, población local, y etnia minoritaria. La evaluación contiene todos sus anexos (7) incluidos en el informe, se redacta en idioma español con una extensión de 57 páginas.

En tanto la evaluación 8, Bolivia, Entre Ríos, 2007 está redactada en primera persona, en lenguaje coloquial con utilización de metáforas comparativas (por ejemplo objetivos con platos fuertes y guarniciones), mencionando la evaluadora que efectuará una "humilde estimación desde los parámetros de mi experiencia previa y mi formación" (que no son detalladas), de una intervención con componentes médico, de control vectorial, e IEC. Llama la atención a la evaluadora la ambición de los objetivos, y sobre todo la solicitud de recomendaciones para programas externos a MSF (departamental y nacional de Chagas).

Interesante incorporación y análisis del histórico de la intervención: las cuestiones relevadas como potenciales problemas por el Comité de Proyecto durante la misión exploratoria se verificarán como puntos débiles u origen de dificultades durante la ejecución del proyecto. Exhaustivo análisis del OG, cuestionado debido a la imposibilidad de su comprobación (ver debajo eficiencia), y de los 6 OE; se observa también que bajo el título de "recomendaciones" se incluyen también algunas "conclusiones" (y viceversa), además de añadir "resumen de hallazgos", resultando en redundancias y pérdida de priorización. Única evaluación que incluye recomendaciones para la realización de evaluaciones futuras de proyectos similares, y única también en realizar recomendaciones a autoridades de salud locales (ver arriba). El informe no contiene anexos, se redacta en Idioma español con una extensión de 38 páginas.

La evaluación 10, Sucre, Bolivia, 2008, ofrece un interesante análisis de contexto, en forma de relato histórico-regional, profusamente ilustrado con tablas y gráficas, de la experiencia operacional de MSF con la enfermedad de Chagas en el continente americano desde 1999 a la fecha. La descripción se focaliza luego en Bolivia en tanto país más afectado, con 60% de área endémica, seroprevalencia entre 30% y 40%, y 4 millones de personas en riesgo, y sede del proyecto evaluado, remarcando la debilidad del Programa Nacional de Control del Chagas post finalización de financiamiento del BID en 2007, cuyos logros más destacados fueron la lucha antivectorial y el control en la transmisión transfusional. Se señala que el control vectorial, a cargo de contraparte (Programa Departamental de Chagas), se efectúa con dificultades y demoras, y se reconocen los aportes del proyecto a acciones de testimonio y sensibilización. Se efectúa un análisis de fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades (FODA) del proyecto. Se perciben algunas faltas gramaticales en la redacción, de un informe por otra parte muy completo y exhaustivo, redactado en idioma español, sin anexos, y con una extensión de 29 páginas.

Respecto de la evaluación 12, Sudan, Yambio, Tripanosomiasis Humana Africana, (THA), 2008, es eminentemente técnica, redundante en ciertos aspectos que pretende enfatizar. Introducción con breve sinopsis histórico - contextual del conflicto armado que caracteriza a la zona del proyecto (incluye mapa), con descripción somera de sistema de salud local, y del histórico de intervenciones sobre THA. Descripción nominal de personal involucrado en programas de control de THA en Sudan y en Sud Sudan (distinguiendo MSF,

MdS, OMS), y descripción detallada del algoritmo de las actividades de control y de cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con THA, de educación y sensibilización comunitaria, y de entrada y manejo de base de datos. El informe se redacta en idioma inglés, incluye anexo (personas entrevistadas), y tiene una extensión de 33 páginas.

Por las características de las intervenciones se destaca la participación de la comunidad en actividades de difusión (IEC), la valoración en lo referente al conocimiento proporcionado a la población beneficiaria y el cambio de actitud respecto al sistema de salud, lo cual, aunque no ha sido posible medirlo, ha sido reiterado por la mayoría de personas entrevistadas (evaluación 7). Las comunidades intervenidas y sus autoridades tuvieron un papel preponderante en la consecución de logros tanto en cobertura diagnóstica (95%) como de tratamiento (93%), y la motivación y la participación comunitaria han sido la clave para ello, y en las actividades de IEC los valores de los indicadores también muestran el interés de los habitantes, a pesar de lo duro que resulta que el punto de corte para el tratamiento se establezca en los 15 años (evaluación 8). En esta intervención (8) se destacan también las entrevistas sostenidas con informantes clave de instituciones de salud, de educación, y de la Asociación del Pueblo Guaraní, en tanto en la evaluación 12 se menciona que los educadores de salud del proyecto tienen encuentros regulares con Jefes Locales y otros líderes comunitarios de Sud Sudán respecto de las actividades de control de la THA previstas en el proyecto.

Las actividades acordadas a cargo de la contraparte, fundamentalmente de rociado para control vectorial, son realizadas aunque con ciertas demoras lo que dificulta en ocasiones las tareas de diagnóstico y tratamiento a cargo de MSF. En la evaluación 12, Sudan, Yambio, THA, 2008, se señala la dificultad para tratar con autoridades de salud en vista de que estructura del MdS está duplicada, y en Karthoum, capital de Sudán del Norte, se encuentra el Programa Nacional de Control de THA, apoyado por el Instituto de Investigación de Medicina Tropical, pero que no efectúa actividades de control en el sur adonde están los focos. (Nótese que recién en julio de 2011 Sudán del Sur obtuvo su independencia).

Con respecto a la relación sede-terreno ninguna de las evaluaciones hace mención al tema, a sola excepción de la 10 que en el apartado metodología hace alusión a la presentación y discusión de la evaluación con los diferentes equipos de terreno, capital y sede.

En relación a los criterios de evaluación de la acción humanitaria (EAH) de las evaluaciones a intervenciones motivadas por Enfermedades Olvidadas, utilizando la lista de cotejo podemos decir que en la evaluación 7, Chagas Guatemala, 2006, si como se menciona lo que se pretendía desde un inicio era “mejorar el acceso a la salud”, la información proporcionada por el “Diagnóstico Inicial de Salud”, debía estar incluida entre los anexos del informe de la misión exploratoria y no dejada para que se recolectara en los primeros meses del proyecto, tal como sucedió, lo que revela una falta de previsión en la información a utilizar y la inexistencia de una línea de base o un punto de referencia para medir la eficiencia del proyecto. Respecto de la efectividad, si bien se reconoce que las causas estructurales no se corrigen con intervenciones puntuales, no hay duda que el proyecto ha logrado lo que en inicio se propuso, en el sentido de llamar la atención sobre una enfermedad latente que se ha cebado en los grupos olvidados de Guatemala. Entendiendo como impacto a los efectos más amplios que pueda provocar el proyecto se destaca que el Ministerio ha logrado mantener la contratación de los auxiliares, y que desde el inicio del proyecto el municipio baraja la posibilidad de construir otro Puesto de Salud y algunos Centros de Convergencia Comunitaria para la extensión de cobertura, a la vez que se han reforzado desde enero 2006 todas las unidades con personal sanitario (un estudiante de último año de medicina, y dos estudiantes de auxiliar de enfermería), a la vez que se ha empezado a ejecutar un programa nacional de prevención de la desnutrición crónica (octubre 2006). Respecto de la relevancia y pertinencia del proyecto si bien se señalan inconsistencias en la manera de dimensionar y priorizar las necesidades sanitarias identificadas en base a un cierto desconocimiento de la situación de salud en otros municipios fuera de Olopa y Chiquimula, lo cual impide efectuar estimaciones y/o justificaciones comparativas, las principales razones operacionales para seleccionar y quedarse en este municipio estuvieron dadas desde un principio por el índice de seroprevalencia para Chagas encontrado en esta parte del territorio nacional, siendo el de Olopa el mayor índice dentro de todos los municipios incluidos en el área endémica de Guatemala, así como las condiciones de vulnerabilidad y marginación de la población (55% indígena y 89% rural), en una localidad clasificada como de alto riesgo en materia de

seguridad alimentaria. En lo referente a la sostenibilidad del proyecto, si bien no se identifica una estrategia de salida como tal, el plazo de finalización del proyecto estaba definido desde el inicio, y el proceso de entrega de responsabilidades comenzó en el 2005 con el traspaso “informal” de los Puestos de Salud, y se concretó con la firma de las cartas de entendimiento entre MSF y las autoridades nacionales (Laboratorio Nacional, Laboratorio del Hospital de Chiquimula, Dirección del Área de Salud), para garantizar la verificación serológica y el seguimiento de los cuatro grupos de tratamiento que todavía quedaban pendientes de monitorear. Si bien no existe ningún acuerdo o carta de compromisos que garantice que una vez que MSF se retire de Olopa se seguirá cumpliendo el plan de capacitación anual y las actividades de supervisión y seguimiento que año tras año se venían realizando (la consulta de la documentación sugiere la poca atención que MSF le prestó al tema de la salida de Atención Primaria), lo positivo de este proceso es que el Ministerio ha dado muestras de compromiso de continuidad, señaladas bajo el apartado de Impacto.

En la evaluación 8 Chagas, Bolivia, Entre Ríos, 2007, si bien no es posible determinar la consecución del objetivo general de disminuir la seroprevalencia de Chagas en <15 años de la provincia de O'Connor del 25% al 5% (y en tal sentido se propone buscar otro indicador o reconocer que este no se puede medir), la opción de medir porcentaje de niños tratados/niños diagnosticados = 93%, o porcentaje de población diana tamizada = 95% dan evidencia de la eficiencia del proyecto, aunque no se haya comparado con abordajes alternativos. El proyecto puede considerarse efectivo también en vista de que las metas planteadas por medio de los objetivos y actividades se han logrado, a pesar de ciertas dificultades de tipo técnico tanto de la contraparte (control vectorial) como internos (modificaciones en los protocolos de diagnóstico y tratamiento, falta de referente técnico de laboratorio, cambios de personal). Además del aporte a beneficiarios directos (acceso a diagnóstico y tratamiento a menores de 15 años), e indirectos (adquisición de conocimientos, capacitación de recursos humanos, y trabajo conjunto de la comunidad con MSF), la evaluación destaca el trabajo de sensibilización con la acción de las autoridades político-administrativas: “la enfermedad de Chagas SI tiene tratamiento”; se ha roto el silencio del Chagas, y MSF ha participado. En relación con el Programa Nacional de Control de Chagas se destaca la capacidad técnica compartida en términos de diagnóstico y tratamiento, la capacidad instalada en Entre Ríos y Tarija, el refuerzo técnico y de recursos humanos en el control vectorial, y la capacitación del

personal. En términos de impacto, observando los efectos más amplios del proyecto, la limitación de cobertura del Seguro Universal Materno Infantil que excluía a los niños entre 6 y 14 años quedará resuelto parcialmente, gracias al Seguro Universal de Salud (SUS) que cubrirá gratuitamente hasta los 21 años. La relevancia y pertinencia del proyecto evaluado, desde el punto de vista de las necesidades locales, resulta incuestionable teniendo en cuenta la problemática del Chagas en Bolivia, y las limitaciones de las autoridades locales para combatirlo. La selección del departamento de Tarija se debió a su muy alto índice de infestación y seroprevalencia, indicador éste último estimado en 41%, superado únicamente en el departamento de Santa Cruz, pero con menor presencia de ONG. El cumplimiento parcial y tardío de los compromisos en materia de control de vectores, diagnóstico y tratamiento de Chagas congénito, programas de mejoramiento de vivienda, dotación de personal y de insumos y medicamentos por parte de las autoridades regionales de salud de la Secretaría de Salud de Tarija, y del Municipio de Entre Ríos, ponen en duda la sostenibilidad de las actividades del proyecto luego de la salida de MSF. En relación a la cobertura, y aunque los proyectos de ONG como MSF son como lunares en toda la problemática del Chagas, a nivel de la provincia de Entre Ríos y del departamento de Tarija han tenido su impacto nada despreciable, parte de la población pudo acceder al tratamiento, si bien faltaría que el tratamiento fuera accesible a todos los que lo necesitan. Lo más duro, según algunos, es el corte de edad: muchos preguntaban porqué no se trataba a los adultos, brindando éste enfoque otra lectura conceptual de la cobertura.

En la evaluación 10 Chagas, Bolivia, Sucre, 2008 se miden algunos resultados tales como tasa de infestación barrial, por área y por municipio, porcentaje de población diana tamizada, porcentaje de población con diagnóstico positivo que inicia tratamiento, pero no se lo compara con indicadores esperados, ni se los relaciona con aportes, ni se efectúa comparación con abordajes alternativos, lo cual dificulta la estimación de la eficiencia y costo-efectividad del proyecto. Por los mismos motivos que se mencionan en el párrafo precedente se hace imposible, al desconocer propósito y objetivos de la intervención, efectuar medición de su efectividad. Se destacan en cambio, en tanto impacto de la intervención: a) la conformación de la Mesa Nacional de Chagas; b) el aporte en la definición de normativas, regularizaciones y manuales de procedimientos; c) la extensión del mínimo de edad para inicio de tratamiento de <5 a <15 años; d) la puesta en la agenda de discusión el acceso a los

medicamentos para Chagas; y e) la sistematización del uso extensivo del método STAT PAK, facilitando el esquema diagnóstico. En relación con la relevancia el proyecto está en línea con las necesidades locales teniendo en cuenta la seroprevalencia de la enfermedad, la tasa de mortalidad del 13% (entre los 15 y 75 años), y la afectación predominante de poblaciones pobres, rurales y periurbanas con escaso acceso a servicios de salud; la intervención está alineada con la política operacional de MSF. La adaptación de las actividades humanitarias de la intervención a las necesidades locales (pertinencia) es quizá menor en la medida que las intervenciones no se dan el tiempo de comprometer adecuadamente al personal local de salud, ni se establecen mecanismos de contraloría de actividades post-intervención. La sostenibilidad y continuidad del proyecto son consideradas como una debilidad en la matriz FODA, por actividades desarrolladas por el proyecto llevadas a cabo 100 % por personal MSF, con falta de involucramiento de las estructuras de salud, aspecto mencionado pero no analizado. Por último, en relación con la cobertura se señala que Chuquisaca es uno de los 6 departamentos afectados por la Enfermedad de Chagas en Bolivia, y un 78,4% de su territorio se encuentra en área endémica, siendo uno de los departamentos donde se han abordado las estrategias de control vectorial de la Enfermedad de Chagas, para conseguir las metas del proyecto BID entre el 2000-2005, y la disminución progresiva en el tiempo del riesgo de alta infestación. Pero nada se menciona respecto del motivo de elección de las áreas 3 y 4 del Municipio de Sucre para llevar adelante el proyecto, ni se justifica por qué no se seleccionaron otros departamentos (además de Tarija adonde MSF trabaja también en Chagas), siendo que algunos departamentos tiene el 100% de su territorio en área endémica.

En la evaluación 12, Sudan, Yambio, THA, 2008, se mencionan resultados estadísticos pero sin relación con los aportes, y sin comparación con abordajes alternativos, dificultando así una estimación de la eficiencia del proyecto. La intervención podría considerarse efectiva y oportuna teniendo en cuenta la disminución de la seroprevalencia de la THA en sitios centinela en un 59,1%, y la ausencia de posibilidades de las autoridades locales para su detección y tratamiento. No se brindan elementos para estimación de impacto, y aunque tampoco se haga mención se puede estimar al proyecto relevante y pertinente considerando la ya mencionada imposibilidad por parte de las autoridades locales de afrontar la problemática de la THA desde el punto de vista técnico, y la necesidad de respuesta a la misma de la población local afectada por la endemia. Respecto de la sostenibilidad en las conclusiones se

menciona por primera vez la intención de MSF de retirarse del proyecto, y se dedica el último párrafo a la consideración de que un traspaso del programa a las autoridades locales debería realizarse no como programa vertical, sino integrando las actividades de control de THA en los servicios generales de salud. En términos de cobertura la visión de la enfermedad limitada al área de Yambio se modificó en el transcurso de la intervención con la ampliación de tamizaje a los 20 sitios centinela, con aparición de casos en localidades circundantes, e incluso más allá de la frontera en RDC.

9.1.4 Epidemias (Evaluaciones 2, 4 y 5)

Las 3 evaluaciones a intervenciones desencadenadas por Epidemias responden, en el caso de la 2, Colombia, El Charco, 2005 a una epidemia de malaria desencadenada en el municipio de El Charco, departamento de Nariño, Colombia, a partir de febrero de 2001, lo cual derivaría luego en una ampliación de los componentes de APS, y en sucesivas extensiones del proyecto. Las evaluaciones 4 y 5 corresponden ambas a la misma intervención por una epidemia de cólera producida en Angola en 2006, la 4 efectuada por epidemiólogos de MSF-OCBA, en tanto que la 5 es una evaluación trans-seccional llevada adelante por un equipo evaluador de Epicentre.

La evaluación 2 no incluye términos de referencia, solo los menciona de manera tangencial en la introducción sin describirlos, y tampoco hace mención de objetivos de la evaluación. En cuanto al foco de la evaluación parece estar en determinar la pertinencia en dos etapas, al inicio y en la actualidad, con base en los elementos aportados en la misión exploratoria y la planificación inicial, y pasando desde entonces por las sucesivas extensiones otorgadas a la intervención, haciendo una valoración de los indicadores (juzgados inadecuados) y las actividades actuales, destacando cierta falta de adherencia por incompreensión del equipo a la planificación inicial, poniendo un fuerte acento en la opinión de un cierre que se juzga necesario e inminente. El informe contiene 10 anexos (no incluidos), se redacta en idioma español, y tiene una extensión de 33 páginas.

La evaluación 4, Angola, Cólera, 2006 no incluye ni menciona términos de referencia, reconociendo como objetivos principales de la evaluación describir la epidemia en términos

de persona, lugar y tiempo, asistir al equipo de MSFE/OCBA en la organización de un sistema eficiente de vigilancia epidemiológica, y proveer datos relevantes para definir prioridades en futuras intervenciones. El informe contiene 10 anexos (no incluidos), se redacta en idioma inglés, y su extensión total es de 13 páginas.

La evaluación 5, Angola, Cólera, 2006 (Epicentre) incluye los términos de referencia en anexo como una lista de preguntas divididas en secciones que guían la prosecución del informe. A su vez éste detalla que el trabajo a evaluar es el desempeño de las 5 secciones operativas de MSF en la epidemia de cólera en Angola en 2006, como objetivo de la evaluación la valoración de la calidad de la intervención global de MSF en términos de efectividad y eficiencia, y como propósito describir las lecciones aprendidas de la intervención de MSF, y producir un documento para la mejora de las intervenciones transseccionales por emergencias de cólera en el futuro. El informe no contiene anexos, se redacta en idioma inglés, y tiene 58 páginas de extensión.

Se trata de evaluaciones disímiles; la evaluación 2, Colombia, El Charco, 2005, contextualiza el proceso de la organización tras la intervención en respuesta a la epidemia de malaria del 2001, que provee a MSF la oportunidad de conocer el terreno de forma más precisa, resultando en la realización de una misión exploratoria que propone una intervención en salud con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de la población del Municipio del Charco. Este es el proyecto materia de esta evaluación, y que pasa de un plazo propuesto de 18 meses a una ampliación inicial a 32 meses, extendida luego por 6 meses adicionales. La evaluadora efectúa un pormenorizado análisis del desfavorable contexto socioeconómico de la población prominentemente rural del municipio, y de la deficitaria red de salud pública con que ésta cuenta, pero es contundente al afirmar que las actividades, tal y como se han desarrollado, pueden darse por finalizadas, a pesar de la asimetría evolutiva de los componentes del proyecto, con señalamiento particular de la falta de presencia en el hospital adscrito al primer nivel de atención, pero juzgando poco adecuado pensar en ampliar la presencia para retomar una estrategia no adoptada en momentos más oportunos. Se destaca además la contradicción producida por la decisión de la organización de cobrar la medicación (al 50% de su valor de costo), generadora de inequidad por tratarse de programas preventivos que legalmente deben proveer tratamiento de modo gratuito, máxime a población rural y

siendo que MSF ha realizado actividades de testimonio en relación a su aislamiento y falta de acceso.

La evaluación 4, Angola, Cólera, 2006 realiza un análisis técnico-epidemiológico con base en cálculos estadísticos, y brinda en sus conclusiones y recomendaciones consejos pertinentes de manejo de una epidemia de cólera en términos de control de transmisión por problemas de circuito de familiares y pacientes en los centros de tratamiento, la importancia del aspecto de agua y sanidad, y el manejo de cadáveres, entre otros. La información de contexto provista por el informe se enfoca en aspectos de área y población vinculados a la epidemia motivo de la intervención. Se alude a la historia de las epidemias de cólera en Angola (incluso con gráficas), se cifra la población del área de Luanda más afectada (Boavista, 10.000 habitantes), describiéndose el medioambiente como insano, sin agua corriente sino transportada en camiones cisterna privados que la venden y es almacenada en pozos cercanos a los drenajes cloacales, existiendo pocas casas con letrinas.

La evaluación 5, Angola, Cólera, 2006 (Epicentre) es en cambio un detallado informe trans-seccional, orientado a aportar experiencia de acción inter-seccional para futuras intervenciones de envergadura con epidemias de cólera, que provee un análisis de área y población afectada, reseña histórica desde la independencia de Angola en 1975, la larga guerra civil hasta el cese del fuego en 2002, detalles de las enormes riquezas naturales del país (reservas petrolíferas y diamantíferas), y el contraste con los pésimos valores de indicadores sociales ya que Angola figuraba en 2006 en el rango 161 entre 177 países de Índice de Desarrollo Humano según UNDP, con un 70% de la población debajo de la línea de pobreza, y un 26% en situación de extrema pobreza (UNDP, 2005). También se provee un análisis de la crisis sanitaria con una cronología comparativa con epidemias previas (8 desde 1987 hasta 1994), hasta el desencadenamiento de la epidemia actual del 2006, con fecha de inicio, tipología del germen, diseminación y causas probables, análisis comparativo de tasas de ataque y mortalidad por provincias, total de casos, y número de provincias (9 de las 15 afectadas del total de 18) en las que intervino MSF. Se describe también la intervención sucesiva detallada de las 5 secciones operativas de MSF, señalando los errores provocados por el no seguimiento de guías de cólera de MSF.

En términos de relaciones con beneficiarios y contrapartes en la evaluación 2, Colombia, El Charco, 2005, se verifican una serie de problemas vinculados a la relación MSF - Hospital, entre ellas la interrupción de tareas de rehabilitación, la gestión de la farmacia, el tratamiento de los residuos, y los derivados del cambio de dirección del hospital, entre otros. Las actividades de participación comunitaria fueron lideradas por una promotora de participación comunitaria, que estuvo a cargo de las capacitaciones en legislación, derechos, y que facilitó 82 charlas educativas en 2003 sobre enfermedades prevalentes, Proyecto MSF, Botiquín Veredal y Planificación Familiar. Esta profesional, contratada por MSF, se ocupó de planificar la creación de una Asociación de Comités De Salud, que se conforma y legaliza, define estatutos y reglamento interno, y viene a constituirse en el interlocutor con la Alcaldía y el Hospital para los temas de salud en la zona rural.

En la evaluación 4, Angola, Cólera, 2006 se reseña una actividad combinada en la intervención que involucra al Comité de Gestión de la Epidemia de Cólera constituido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud de Angola (MdS), el Gobierno Provincial de Luanda y MSF Bélgica, con la creación de cuatro sub-comités a cargo de vigilancia epidemiológica y agua y sanidad, manejo de casos, logística, y comunicación y movilización social.

La evaluación 5, Angola, Cólera, 2006 (Epicentre) al tratarse de una evaluación efectuada un año después de concluida la epidemia (ex-post), sólo menciona la lista de personas entrevistadas de las 5 secciones operacionales de MSF en sede, personal de terreno involucrado con la intervención, además de contrapartes locales relevantes del Ministerio de Salud, Cruz Roja, UNICEF y Oxfam. Con respecto a la relación sede-terreno en la evaluación 2, Colombia, El Charco, 2005, se destaca "que hubiera sido deseable una mejor coordinación con el equipo de terreno en aras de mayor y más efectiva utilización de las herramientas e instrumentos de planificación del proyecto", en tanto nada se menciona sobre la relación sede-terreno en las evaluaciones 4 y 5.

En relación a los criterios de evaluación de la acción humanitaria (EAH) de las evaluaciones a intervenciones motivadas por Epidemias, utilizando la lista de cotejo podemos decir que la evaluación 2, Colombia, El Charco, 2005, utilizó un registro de morbilidad

desagregado por edad y sexo hasta finales del 2003, utilizando desde ese momento el código CIE-10 para clasificar la morbilidad asistida, lo que dificulta la estimación de eficiencia global del proyecto. Se podría hacer una estimación acotada de la eficiencia del objetivo específico de atención al componente inicial del proyecto teniendo en cuenta que la tasa de ataque global de malaria ha descendido en el municipio de 174/1000 habitantes en 2002, a 74,5/1.000 en 2003 y 63,2/1.000 habitantes en 2004

La intervención se asume efectiva en cuanto a la asistencia provista a una población pobre, mayoritariamente rural, aislada geográficamente y carente de servicios básicos de salud; se conocen menos elementos sin embargo para juzgar oportunidad y coordinación del proyecto. Respecto de la estimación de impacto no se hace mención de efectos más amplios que estén en la consideración de los motivos de esta intervención. Se puede decir, en base al informe de misión exploratoria y la propuesta de proyecto, que proveen información concisa y básica sobre el departamento evaluado y los servicios de salud ofertados por el municipio, que la propuesta de MSF de desarrollar un proyecto para contribuir a mejorar el estado de salud de la población es pertinente. La evaluadora señala que la estrategia del proyecto parece que ha estado más encaminada a la búsqueda de garantías de continuidad que a la calidad del servicio en su conjunto; el sistema de referencia-contrareferencia entre puestos de salud manejados por MSF y hospital gubernamental siempre fue deficiente y no parece indicar un buen desempeño en este sentido. Por el contrario, una actividad no planificada y realizada que favorece la conectividad ha sido la realización de un estudio específico para identificar la adherencia al tratamiento antimalárico y que ha venido a contribuir a la mejora de la calidad de la atención. Tras las recomendaciones surgidas del estudio, que evidenciaban peor adherencia al tratamiento de malaria por *P. Vivax* que a malaria por *P. Falciparum*, el equipo gubernamental de la red de control de vectores se responsabilizó de la puesta en marcha de actividades encaminadas a mejorar la adherencia. En relación con la cobertura de la intervención, la justificación del municipio seleccionado parece estar justificada en su aislamiento geográfico, y probablemente en la participación inicial de la organización en actividades sobre el paludismo. No se menciona en el informe de otros grupos que pudieran enfrentar un sufrimiento que requiera de la intervención de la organización, aunque sí que "La continuidad de las actividades y de la estructura en la que se soportan dependen ya de variables ajenas a la organización MSF, y si bien es cierto que podría continuarse con la presencia MSF en el

municipio, no lo es menos que la dinámica de actuación de MSF es más cercana a intervenir en salud en contextos donde la problemática sea más aguda”.

En la evaluación 4, Angola, Cólera, 2006, si bien no se efectúa comparación con abordajes alternativos la intervención se estima eficiente, aunque la especificidad técnica del informe no provee elementos precisos para determinarlo. En relación a la eficiencia se puede estimar que la intervención asiste a la contención de la epidemia de cólera en el sitio del país más afectado (Luanda) y en Uige, la provincia en que MSFE lleva adelante históricamente sus actividades, y también que la respuesta de MSFE fue oportuna, aunque nada se menciona al respecto. Tampoco se hace mención al retraso de las actividades médicas por desintelencias logísticas, ni a la falta de estrategias pertinentes para escenarios rurales de cólera (Véase Evaluación N° 5). Respecto del impacto no parece que la intervención haya buscado tener (ni haya tenido) efectos más amplios que la asistencia para la contención de la epidemia en Luanda y Uige. El proyecto se estima relevante y pertinente, aunque no se hace mención alguna al respecto. En términos de sostenibilidad no queda claro si la intervención busca entre sus efectos reforzar el sistema de vigilancia epidemiológico del Ministerio de Salud; tampoco si se logra formar al personal local en aspectos específicos de prevención y tratamiento del cólera, que quizá haya sido un efecto colateral positivo de la intervención. Por último, en relación a la cobertura se supone que la elección de los municipios y barrios para la intervención de MSFE en la provincia de Luanda fue coordinada con MdS y Comité de Crisis, pero no se hace expresa mención al respecto.

La evaluación 5, Angola, Cólera, 2006 (Epicentre), si bien no estima de manera específica la eficiencia de la intervención, la considera aceptable según se rescata de varios comentarios en el texto. Los abordajes alternativos posibles surgen de las recomendaciones para futuras intervenciones por epidemias de cólera: priorización de actividades de búsqueda activa de casos y de actividades de difusión y comunicación a la comunidad, mejoras en los tiempos y cálculos logísticos para la instalación de centros de tratamiento, unificación de indicadores y utilización de indicadores de calidad de tratamiento, entre otros. En cuanto a la efectividad la intervención logró su propósito de manera aceptable de acuerdo a resultados según medición de indicadores duros, tal como la tasa de mortalidad específica (TME) que en Luanda osciló entre 0,4 y 1,4%, resultado muy positivo según normas propuestas por MSF

(<2%); en tanto fuera de Luanda la TME osciló entre 0,7 y 14,7%, pero los evaluadores juzgan estas cifras difíciles de analizar en ausencia de registro de indicadores de calidad de atención (ej. fallecidos antes de 4 horas de admitidos). También se expresa la posibilidad de que la reciente epidemia de Marbourg de 2005 haya provocado consecuencias tales como la no aceptación de pacientes con cólera en el transporte público, o reticencia de familiares de llevar pacientes porque durante el Marbourg nunca salían de los centros de tratamiento. Respecto a la oportunidad de acuerdo a las guías de cólera de MSF las estructuras para tratamiento de cólera deberían estar en pie y funcionales dentro del día de la identificación de los primeros casos; si bien es un objetivo difícil de lograr, su importancia radica en que pacientes de cólera pueden morir en horas sin un adecuado tratamiento. Hubo un retraso en instalar las estructuras que atenderían pacientes, en algunos casos debido a personal no experimentado que pretendía instalar el centro de tratamiento de cólera ideal antes de admitir pacientes, en tanto otros retrasos no fueron explicados. En relación al impacto el proyecto no pretende efectos más amplios que el tratamiento de los casos, y colaborar en la contención de la epidemia. La intervención es decididamente relevante y pertinente en función de las necesidades locales, ampliamente superada la capacidad de respuesta de las autoridades. En términos de sostenibilidad no existen garantías firmes de que las autoridades locales puedan hacerse cargo de la situación una vez estabilizada la epidemia, y no hay mención clara de un traspaso de responsabilidades al respecto una vez MSF retirado del país. La intervención de MSF en 9 provincias (de las 13 afectadas por cólera sobre un total de 18 en que está dividido en país) da una idea de la amplia presencia y cobertura adecuada que la intervención tuvo sobre la epidemia.

9.2 Aspectos técnicos: Instrumentos

9.2.1 Matriz de Análisis y Lista de Cotejo (ALNAP Quality Proforma): semejanzas, diferencias, complementariedades.

La complementación brindada en la utilización conjunta de ambos instrumentos resulta en un efecto de enriquecedora sinergia, ya que como se describirá a continuación ciertos aspectos evaluados por la matriz no se reportan en la Proforma (o son de incorporación optativa), y de manera recíproca hay muchas áreas de la Proforma que recaban información ausente en la matriz. No se observa una excesiva redundancia entre ambos instrumentos -

quizá conclusiones y recomendaciones sea una de ellas-, y en términos generales los conceptos fueron incorporados de manera más sintética en la matriz que en la Proforma, probablemente en respuesta a la minuciosa descripción que en las Notas Descriptivas se hace de las áreas a analizar en función de su posterior puntuación mediante el sistema de clasificación.

La matriz de análisis generada por el investigador tiene una orientación inevitablemente relacionada con características de la organización cuyas intervenciones se evalúan (Médicos sin Fronteras), reflejado en la categorización de aspectos evaluados de acuerdo a los motivos y componentes que usualmente motorizan las intervenciones de la organización, que son las emergencias sanitarias generadas por epidemias o desastres naturales, las enfermedades olvidadas, y las crisis humanitarias complejas motivadas por enfrentamientos de grupos armados con víctimas entre la población civil, entre otras. La Matriz contiene 20 aspectos evaluados, 7 aspectos de las intervenciones, 12 aspectos de las evaluaciones, y 1 aspecto en común: Fuentes de Información, con explicación de definición de cada aspecto evaluado. (Ver Apéndice A).

La matriz contiene en particular una primera sección dedicada exclusivamente a aspectos descriptivos y analíticos de la intervención evaluada, antes de considerar los aspectos propios de la evaluación en sí misma. En esta sección inicial la matriz observa el tipo de intervención evaluada, discriminando entre los tipos de escenario contemplados en la investigación (desastres naturales o provocados por el hombre, epidemias o enfermedades olvidadas), y la duración de la misma. También se incluye una línea para el análisis del presupuesto de la intervención, sus costos, el origen de la financiación, y los motivos de eventuales correcciones que debieran efectuarse, y se describe el motivo de la intervención en sí, previa de su evaluación posterior. Finalmente la matriz incorpora líneas para la descripción de las dimensiones o componentes de la intervención, incluyendo una categorización de sus grandes líneas de acción, y explora el abordaje metodológico utilizado en la ponderación y análisis de la situación sanitaria sobre la que se interviene.

La categorización de la evaluación propiamente dicha -inicial, de proceso, posterior (final); interna, externa, mixta, etc.- así como los propósitos de la evaluación, en función de

para quiénes se evalúa, son datos que recaba la matriz de manera más específica que la lista de cotejo, que incluye, como veremos más abajo, estos y otros datos bajo la Sección 1.1 de Términos de Referencia. Otro aspecto a evaluar incluido en la matriz como fruto de la experiencia del investigador, y que no recaba la lista de cotejo, es la *coordinación sede-terreno* en el ejercicio evaluativo. Esta línea de la matriz abarca temas tales como el nivel de consenso decisorio, metodológico, sobre los TdR, así como tipo de intervención del personal de terreno en la evaluación. Algunas de las evaluaciones analizadas destacan este aspecto como positivo o negativo, pero difícilmente sea un elemento ausente o sin consecuencias en el proceso evaluativo.

Respecto de las recomendaciones se incluyen en la matriz dos aspectos importantes a evaluar –las acciones tomadas según recomendaciones de la evaluación, y el monitoreo-, en tanto que en la lista de cotejo se propone sugerir adonde debería recaer la contraloría de su seguimiento. Veremos debajo en el análisis que la mayoría de las evaluaciones no mencionan o no prestan atención a este punto, lo cual será retomado más adelante pues equivaldría a aceptar la imposibilidad de concretar el ciclo intervención – evaluación – aprendizaje como resultado deseable de un correcto proceso evaluativo.

Por último, en la línea “otros” de la matriz de análisis se consideran una serie de aspectos formales de las evaluaciones analizadas, tales como su extensión, la presencia o no de anexos, el idioma en que está escrita, y otra serie de características no incluidas en la lista de cotejo y que el investigador no quiso dejar de señalar. Posiblemente esto se deba a que, como veremos a continuación, la lista de cotejo incluye una serie de áreas que la matriz ignora, con una profusa descripción de cada una de ellas, constituyéndose en un documento mucho más completo, producto de la experiencia de una organización dedicada a la evaluación profesional de la actividad humanitaria.

La Quality Proforma de ALNAP incorpora una serie de áreas de pesquisa de las evaluaciones analizadas, con notas directivas profusamente detalladas de cada una de ellas, que guían al evaluador en su trabajo, y que son de probada pertinencia en el tema que aborda este trabajo, abarcando en las secciones que la componen todo el universo de cuestiones que atañen a las evaluaciones de los proyectos humanitarios. La proforma se compone de 6

Secciones principales que incluyen las 37 áreas en que se divide el análisis, con instructivo (notas directivas por área), definiciones de términos en glosario anexo, y un sistema de puntaje por área (Ranking) que permite cuantificar los resultados del análisis.

Considerada y concebida como la lista de cotejo (*checklist*) apropiada para el análisis de evaluaciones humanitarias, la Proforma es el producto de la reunión de una serie de organizaciones humanitarias (de las que MSF forma parte) que trabajan mancomunadamente desde 1997 con el fin de desarrollar herramientas de análisis en temas de aprendizaje y responsabilidad para el sector humanitario, y su avanzado desarrollo es el fruto de sucesivas revisiones de la que damos cuenta en este trabajo (ALNAP 2001, Wiles 2005, y Beck 2008).

Los términos de referencia (TdR) de la evaluación encabezan la Proforma por tratarse de una guía de la acción evaluativa, a pesar de lo cual como veremos luego, son pocas las evaluaciones analizadas que incluyen formalmente términos de referencia. Algunos de los componentes considerados bajo términos de referencia en la lista de cotejo están incluidos en la matriz de análisis como aspectos evaluados tales como objetivos y propósitos de la evaluación, duración de la evaluación, e identificación, calificación y experiencia del evaluador. Los términos de referencia en sí son mencionados en la matriz, pero no incluidos como un aspecto específico de la evaluación.

Las sección 4 en particular incorpora los llamados Criterios de Evaluación de la Acción Humanitaria (EAH, su sigla en inglés), considerados ejemplos de buena práctica para identificar tendencias de calidad en la meta-evaluación (Wiles 2005), entre los cuales señalamos la eficiencia, la efectividad, el impacto, la relevancia y la pertinencia, la sostenibilidad y conectividad, la cobertura y la coherencia como los más destacables criterios que constituyen un tamiz que pondera los elementos centrales cuyo análisis no podría estar ausente en una evaluación de un proyecto humanitario. Otras áreas son también de importancia, tal como el análisis del contexto, la consulta a beneficiarios y otros actores participantes clave en el proceso de evaluación, la valoración de las necesidades y prácticas de subsistencia de la población, y la consideración a aspectos de igualdad de género, de protección, de poblaciones vulnerables y marginalizadas, entre otras, que dan muestra

asimismo de la cosmovisión profundamente reflexiva con que esta lista de cotejo da cuenta de los elementos que se evalúan en el ámbito humanitario.

La utilización de la lista de cotejo permitirá subsidiariamente registrar el cumplimiento de los atributos propuestos por Letichevsky, sobre la base de los criterios de evaluación propuestos por el Comité de Estándares de Evaluación, y que por consenso son considerados necesarios y suficientes para que se tenga una verdadera evaluación (Leitchevsky, Marley Vellasco, Tanscheit & Castro Souza, 2005). Estos atributos de utilidad, viabilidad, ética y precisión, guardan un orden de listado que no es accidental, ya que el primero es la utilidad, y si una evaluación no fuese útil, esta no debe ser realizada. Las evaluaciones en esta investigación son consideradas útiles, y por lo tanto se observan las condiciones para atender a los atributos siguientes de viabilidad y de ética, que consideramos que también se han cumplido satisfactoriamente, a pesar de las observaciones efectuadas debajo en “aspectos políticos y éticos” respecto del pobre rendimiento de los Términos de Referencia. De este modo es que nos dedicaremos a la cuestión más técnica de buscar la precisión en la colecta y en el tratamiento de los datos, lo que se define en términos de documentación de los programas, análisis contextual, descripción de propósitos y procedimientos, verificación de información confiable, válida, consistente y sistemática, y valoración del análisis subsiguiente de dicha información por métodos cuantitativos y cualitativos según el caso. El trabajo de análisis se encarará a sabiendas de que “cualquier proceso evaluativo será hasta cierto punto tendencioso” (Worthen, Sanders, Fitzpatrick, 1987, en Leitchevsky, Marley Vellasco, Tanscheit & Castro Souza, 2005), y conscientes entonces de la presencia de tendencias que afectarán los resultados del proceso evaluativo se buscará identificarlas y relatarlas, tarea que se emprenderá debajo con la *valoración de las evaluaciones* mediante la metodología propuesta en la Lista de Cotejo de ALNAP.

9.2.2 Validación de los instrumentos y antecedentes de su utilización

La Quality Proforma fue originalmente desarrollado por ALNAP en 2000-1, y sometida a 4 revisiones entre 2001 y 2004 para reforzar la consistencia en interpretación y utilización y reflejar el desarrollo alcanzado en la evaluación de la acción humanitaria. En base a una definición del ALNAP de la EAH se aplica la Proforma para evaluaciones y metaevaluaciones de proyectos y programas de acción humanitaria, en particular orientados a

acciones dirigidas a responder a desastres naturales y a emergencias políticamente complejas. La Proforma está dividida en 6 secciones que evalúan a) términos de referencia, b) métodos, práctica y limitaciones de la evaluación, c) análisis de contexto, d) la intervención, e) los informes, y f) comentarios generales, clasificando cada área evaluada como buena, satisfactoria, insatisfactoria, pobre o no aplicable.

Un predecesor a la introducción de la Quality Proforma por el ALNAP es el análisis efectuado a una serie de evaluaciones de proyectos humanitarios en respuesta a la crisis político militar de Kosovo, publicado bajo “Evaluaciones de ayuda en respuesta a la crisis de Kosovo de 1999: síntesis y meta-evaluación” (ALNAP, 2001), y cuyo análisis original proveyó el documento de referencia para el simposio de ALNAP de Octubre del 2000. En este informe se fundamentan los hallazgos y recomendaciones en referencia a la ya existente Base de Datos de Informes Evaluativos del ALNAP, sin hacer mención aún de la Proforma, aunque ya se manifiesta sin embargo la clara necesidad de reconocer los diferentes niveles de complejidad metodológica de los informes evaluados, y se repasan de manera conceptual y sucesiva los puntos que luego devendrán las áreas de análisis de la Proforma: términos de referencia, organización, capacitación y gestión de recursos humanos, códigos de conducta y principios operativos, metodología de la evaluación, análisis social, cultural y político (contexto), protección, y posibles sesgos del equipo evaluador, entre otros.

La Quality Proforma ha sido utilizada desde su creación para calificar los reportes de evaluación de proyectos de intervención humanitaria mediante un criterio estándar a varias meta-evaluaciones, entre las cuales se cuenta la que en 2001 analizó 41 informes de evaluación en idioma inglés de intervenciones efectuadas en el año 2000 por desastres naturales y emergencias complejas, y que se ocupa asimismo de evaluar la calidad y utilización de la Quality Proforma (ALNAP 2002). En este informe se destacan un pobre desempeño de los TdR, una llamativa desatención al seguimiento de las recomendaciones efectuadas, así como una deficiente descripción del contexto, contribuyendo pobremente los informes en la reconstrucción de eventos claves tomando en cuenta la visión y perspectiva de los principales participantes.

Otra metaevaluación que aplicó la Quality Pro forma tuvo lugar en el año 2004 e incluyó el análisis de 30 informes de evaluación que se llevaron a cabo durante el 2003 y el 2004, en la que se señala que apenas más de la mitad de los informes fueron considerados como satisfactorios o buenos, con un buen desempeño en la descripción del contexto, y en los Criterios de Evaluación de la Acción Humanitaria, en tanto las áreas más pobres resultaban los términos de referencia, y las secciones de los informes a cargo de métodos, práctica y limitaciones de las evaluaciones (Wiles 2005). Si bien la metaevaluación reconoce que hubo un cierto progreso en algunas áreas de la evaluación de la acción humanitaria, señala que hay un espacio importante para la mejora en la calidad general de las evaluaciones, y contiene un capítulo final con consideraciones relativas a la utilización de la Quality Proforma en futuras evaluaciones.

En 2006 tuvo lugar la Metaevaluación de la acción humanitaria de la respuesta internacional al Tsunami del Océano Indico del 2004 mediante la Coalición de Evaluación del Tsunami (TEC), que también aplicó entre sus instrumentos de análisis la Quality Proforma de ALNAP (Beck 2008). Se trató de una Metaevaluación de 18 Evaluaciones Conjuntas (de varias agencias), efectuada por ALNAP, considerado un sector en crecimiento atravesado por un activo debate sobre pros y contras de las evaluaciones conjuntas, y como se relacionan con las evaluaciones de agencia única (el caso de la investigación en curso), o si pueden, por ejemplo, reemplazarlas. La primera evaluación conjunta del sector humanitario fue la ya mencionada *Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda* (JEEAR) en 1996 (Borton 2004).

Si bien se presupone que un conjunto de 18 evaluaciones conjuntas proveerá mayor cobertura de agencias y programas que un muestreo de 30 evaluaciones de agencia única, el desafío resulta del intento de incluir evaluaciones en tiempo real y evaluaciones concluidas en un ejercicio de meta-evaluación. También se discuten otras particularidades a considerar en las evaluaciones conjuntas, tales como los términos en que deben ser efectuadas, como mejor gestionarlas y organizarlas, y cuando y con quienes resultan apropiadas. Resulta interesante el buen desempeño de casi todas las secciones de la lista de cotejo del ALNAP de la Coalición de Evaluación del Tsunami (TEC), excepto lobby y recomendaciones: lobby por grupos marginalizados y zonas “grises” no atendidos o pasibles de mejor abordaje, y

recomendaciones por repetición de recomendaciones efectuadas en muchos otros informes en los últimos años, lo que según un entrevistado significa que el TEC “efectuó el tipo de recomendaciones equivocadas, o al menos que no exploró adecuadamente las limitaciones pasadas para el seguimiento y así asegurarse que las recomendaciones tuvieran una mejor posibilidad de ser implementadas”.

Respecto de la matriz de análisis debe señalarse que se trata de un instrumento generado por el investigador “ad hoc” para la realización de la presente investigación. En su confección se tienen en cuenta aspectos de la propia experiencia del investigador, y particularmente la intención de complementar aspectos descriptivos y analíticos de la evaluación, pero también de la intervención evaluada que no fueron considerados en la lista de cotejo del ALNAP. Este instrumento no fue por ende previamente validado, constituyendo la investigación en curso el proceso en el cual se está llevando adelante dicha validación.

9.2.3 Valoración de las evaluaciones

Siguiendo la metodología propuesta en la Lista de Cotejo de ALNAP, se presentarán las tablas con el ranking porcentual de la calidad de atención brindada a cada uno de los aspectos analizados en las evaluaciones y que consideramos conceptualmente centrales. Se confeccionarán las tablas correspondientes a cada una de las secciones y áreas seleccionadas de la Lista de Cotejo de ALNAP, y a continuación de cada tabla se efectuará un narrativo descriptivo y analítico del desempeño del área considerada.

Se valoraron con especial atención las siguientes 15 secciones / áreas de la lista de cotejo, seleccionadas por considerarse que constituyen un cuerpo bien repartido y representativo de temas centrales de las evaluaciones investigadas.

1. Sección 1, Área 1.1 - Términos de Referencia (TdR)
2. Sección 2, Área 2.3 – Métodos, Prácticas y Limitaciones
3. Sección 2, Área 2.6 – Limitaciones
4. Sección 3, Área 3.1 – Contexto
5. Sección 4, Sub-Sección 4.3, Área 4.3.i – Eficiencia
6. Sección 4, Sub-Sección 4.3, Área 4.3.ii – Efectividad

7. Sección 4, Sub-Sección 4.3, Área 4.3.iii – Impacto
8. Sección 4, Sub-Sección 4.3, Área 4.3.iv – Relevancia / Pertenencia
9. Sección 4, Sub-Sección 4.3, Área 4.3.v – Sostenibilidad / Conectividad
10. Sección 4, Sub-Sección 4.3, Área 4.3.vi – Cobertura
11. Sección 4, Sub-Sección 4.4, Área 4.4.iii – Protección
12. Sección 4, Sub-Sección 4.4, Área 4.4.iv – Capacitación
13. Sección 4, Sub-Sección 4.4, Área 4.4.v – Lobby
14. Sección 5, Sub-Sección 5.1, Área 5.1.ii – Conclusiones
15. Sección 5, Sub-Sección 5.1, Área 5.1.iii - Recomendaciones

El sistema de puntaje usado para cada área evaluada en las tablas es como sigue:

- A. Bueno
- B. Satisfactorio
- C. Insatisfactorio
- D. Pobre
- E. No aplicable (cuando un área de pesquisa es considerada no aplicable, las razones serán expresadas en la consideración narrativa)

Cabe señalar que de manera complementaria se incorporarán algunos elementos de análisis aportados por la matriz de datos y no por la lista de cotejo, en particular aquellos que se refieren a la intervención evaluada, previa consideración de la evaluación de la misma.

Sección 1: Valorando los Términos de Referencia

Tabla 1 - Área 1.1 Los Términos de Referencia (TdR)

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
2 - 14%	A – Bueno
3 – 22%	B – Satisfactorio
7 – 50%	C – Insatisfactorio
2 –14%	D – Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Sólo una minoría de las evaluaciones analizadas (4) incorporan TdR, o los elementos que usualmente los componen, existiendo una correlación entre buen desempeño en esta área y el profesionalismo con que se efectúan las evaluaciones, siendo los mejores modelos de

TdR los de las evaluaciones de Epicentre, la externa (7), y la de Chagas en Guatemala (9), representando las 5 evaluaciones que clasifican Bueno o Satisfactorio un mosaico que abarca, sin prioridad de una sobre otra, las 4 causas de intervenciones evaluadas (desastres naturales y provocados por el hombre, enfermedad olvidada, y epidemia). Los TdR, que constituyen un evidente punto débil de esta metaevaluación, no parecen ser una exigencia formal de la agencia comisionante sino más bien el producto del buen sentido del evaluador a cargo, manifestándose claramente en las evaluaciones en que ni siquiera se menciona a los TdR una conducción errática del texto, con priorización de temas y subestimación de otros sin explicación alguna del eventual objetivo de tal o cual abordaje, sin posibilidad de determinar sesgos del evaluador, aunque se los sospeche fuertemente. Es el caso de la evaluación 3, profusa en descripción operativa de temas médicos, carente de análisis de contexto, y orientada a justificar un cierre de proyecto, la evaluación 4 meramente técnico-operativa, la evaluación 6 que abunda profusamente en detalles del contexto durante las primeras 15 hojas del informe sin hacer ninguna mención del proyecto evaluado, la evaluación 8 que ofrece una detalladísima descripción y análisis de los objetivos general y específicos, con comentarios y sugerencias a futuro, que abarca la mitad de la extensión del texto del informe, la evaluación 10 que luego de una introducción con datos del contexto, sin presentación de los componentes del proyecto (objetivos, actividades e indicadores), se torna extremadamente técnica sobre aspectos vinculados al diagnóstico y tratamiento del Chagas (particularmente sus efectos adversos), o las evaluaciones 1 y 14 consideradas pobres casi en su totalidad.

Sección 2: Valorando los Métodos, Prácticas y Limitaciones de la Evaluación

Tabla 2 – Área 2.3 Pertinencia de los métodos de evaluación

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
4 - 28,5%	A – Bueno
6 – 43%	B – Satisfactorio
2 – 14%	C – Insatisfactorio
2 –14%	D – Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

El elevado porcentaje del buen desempeño atribuido a esta área evaluada (Bueno y Satisfactorio >70%) parece corresponder a la intención legítima de los evaluadores de demostrar, mediante la descripción y el desarrollo detallados de las metodologías aplicadas,

el fundamento probatorio de los hallazgos y recomendaciones efectuados en las evaluaciones analizadas, quizá una manera también de compensar la mencionada pobreza manifiesta de los TdR. La mayoría de las evaluaciones incorporaron una combinación de métodos cuantitativos, en algunos casos particularmente potentes. Hubo 8 evaluaciones en que se efectuaron revisión documental, entrevistas, y discusiones grupales, y una utilizó observación participante. En la evaluación 9 se efectuó triangulación para verificación de la coherencia y validez de resultados, en la evaluación 13 se incluyó el envío de encuestas a casi un millar de participantes de la intervención, con una tasa de respuesta del 46%, en tanto hubo dos evaluaciones (4 y 12) que dieron prioridad exclusiva a la metodología estadística pero con una clara orientación contributiva a las intervenciones que estaban siendo evaluadas.

Tabla 3 – Área 2.6 Limitaciones de la evaluación

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
1 – 7%	A – Bueno
7 – 50%	B – Satisfactorio
2 – >14%	C – Insatisfactorio
4 – 28,5%	D – Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Hubo un desempeño considerado aceptable de la mención y descripción de las limitaciones impuestas al desarrollo de buenas evaluaciones, entre las que se destaca la falta de datos, o de datos fiables oficiales que permitan hacer estimaciones de desempeño de indicadores, pero también se señalan fallas de la organización (al menos en 3 evaluaciones) por no prever la producción de datos previos a la intervención, o por utilizar bases de datos incompletas, o por efectuar cambios sucesivos de matrices de actividades que impide efectuar una lectura longitudinal y uniforme del desempeño según indicadores comunes. Otras limitaciones señaladas en menor medida han sido la escasez de tiempo, la coincidencia de la evaluación con cierre de proyectos, y el intenso recambio de personal expatriado que generó demasiados cambios operativos dificultando el trabajo de análisis. Vale la pena efectuar la mención de la limitación señalada en la evaluación 11 por desacuerdo entre sede y terreno respecto de los términos de referencia, que fuera resuelta inteligentemente por el equipo evaluador (ver en Área 1.1 TdR), y la imposibilidad de efectuar una revisión financiera trans-seccional señalada como la mayor limitación en la evaluación inter-seccional 13, debido a la

utilización de diferentes instrumentos contables entre secciones, lo que afecta no solo la posibilidad de una auditoría contable, sino también la credibilidad y transparencia de la organización. En este sentido es destacable, al observar la matriz de análisis de la investigación, la llamativa falta de información respecto de los presupuestos financieros de las intervenciones evaluadas. En 6 de las evaluaciones no se hace ninguna mención del presupuesto de la intervención, mientras que en las restantes solamente se describen montos totales asignados por intervención, habiendo un escaso análisis de a las líneas del proyecto y su asignación presupuestaria, las desviaciones del presupuesto (sobre o sub-ejecución), y sólo en 2 evaluaciones se efectúa una estimación del gasto generado por beneficiario asistido.

Sección 4: Valorando el Análisis de Contexto

Tabla 4 – Área 3.1 Análisis de contexto y de crisis a la que responde la intervención

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
3 – <22%	A – Bueno
3 – <22%	B – Satisfactorio
7 – 50%	C – Insatisfactorio
1 – 7%	D – Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Se observa un comportamiento disímil respecto a las descripciones de contexto en las evaluaciones analizadas, con una cierta tendencia común a disociar las características generales del contexto (no siempre narradas) de las crisis que motivan las intervenciones, lo que empobrece la posibilidad del análisis de los motivos iniciales de intervención, o de una eventual rectificación de los proyectos en curso. En términos generales las evaluaciones por desastres naturales tienen una muy pobre descripción contextual, así como las desencadenadas por epidemias, aunque se debe señalar la excepción de la 5 (Angola, Cólera, inter-seccional) que ofrece una de las mejores descripciones contextuales generales, que incluye un sintético pero muy interesante relato de la historia del país desde su independencia en 1975 pasando por la guerra civil hasta el 2002, con mención de la brutal contradicción entre las enormes riquezas minerales y los pobres valores de los indicadores sociales reflejados en que Angola figurara en el rango de pobreza 161 entre 177 países (Índice de Desarrollo Humano UNDP 2006), y cruza estos datos con un cuidado análisis de la crisis con una cronología comparativa

con epidemias previas (8 entre 1987 y 1994), hasta el desencadenamiento de la epidemia actual del 2006, con fecha de inicio, tipología del germen, diseminación y causas probables, análisis comparativo de tasas de ataque y mortalidad por provincias, total de casos, y número de provincias (9 de las 15 afectadas del total de 18) en las que interviene MSF. Este destacable desempeño es más llamativo cuando se lo contrasta con la evaluación 4 que trata sobre la misma intervención pero solo de MSF-OCBA y ofrece una descripción contextual particularmente escasa. Entre las evaluaciones por enfermedades olvidadas hay un predominio de las que no brindan una rica información contextual, fundamentalmente las de Chagas que solamente aportan datos genéricos, y concentran la atención del contexto en una mirada reduccionista que aísla la descripción contextual solo a la enfermedad que motiva la intervención. La evaluación 12 sobre THA en Sud Sudán en cambio incluye una buena descripción del contexto del conflicto crónico y de conflictos armados fronterizos que motivan la movilización forzada de grupos poblacionales, lo que predispone la propagación de la enfermedad. Por último, las evaluaciones sobre desastres provocados por el hombre suelen incluir una buena descripción de contexto, en ocasiones exagerada como en la evaluación 6 en que sólo se habla de contexto hasta bien avanzado el informe, y con excepción de la evaluación 11 en que todo el análisis se limita a lo que sucede entre los muros del Hospital Benson, con muy escasas, aisladas y fragmentadas menciones de contexto.

Sección 4 – Valorando la Intervención

Sub-sección 4.3: Aplicación de Criterios EHA (Evaluaciones de Acción Humanitaria)

Tabla 5 – Área 4.3.i Eficiencia (incluyendo costo-efectividad)

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
0	A - Bueno
4 – 28%	B - Satisfactorio
9 – 65%	C - Insatisfactorio
1 – 7%	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Casi todas las evaluaciones brindan elementos para medir, de alguna u otra manera, los resultados cuanti-cualitativos de las intervenciones evaluadas, pero cuando nos atenemos al requisito expresado en las notas directivas de la Proforma de la comparación con abordajes

alternativos para la obtención de los mismos resultados, para ver si fueron usados los procesos más eficientes, ninguna de las evaluaciones lo cumple, influenciando esta exigencia el resultado del ranking obtenido por este criterio en particular. Solamente en la evaluación 5 surge como recomendación para futuras intervenciones por epidemias de cólera la comparación con posibles abordajes operativos. Otro factor que afecta la medición de la eficiencia, mencionado arriba en el área limitaciones, es la carencia en general observada de datos fiables oficiales que permitan hacer estimaciones de desempeño de indicadores y actividades, señalado en varios de los informes. También afecta la estimación de la eficiencia la modificación sucesiva de la forma de registrar datos de proyectos por parte de MSF, señalado en las evaluaciones 2 y 9, y la imposibilidad de determinar la consecución del objetivo general por la concepción errónea de indicadores señalado en la evaluación 8. En cuanto a la costo-efectividad es una medición dificultosa en casi todas las evaluaciones por lo señalado en el informe 11, dado que la arquitectura presupuestaria habitual de MSF atribuye líneas por items (personal, médico, logístico, etc.), y no por actividad (pediatría, consulta externa, internación), lo cual imposibilita hacer, aun contando con indicadores fiables de actividad, estimaciones de gasto por consulta, por internación, diagnóstico, tratamiento, etc.

Tabla 6 – Área 4.3.ii Efectividad (incluyendo oportunidad)

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
1 – 7%	A - Bueno
5 – 36%	B - Satisfactorio
6 – 43%	C - Insatisfactorio
2 – 14%	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Este criterio busca establecer el logro del propósito en base a resultados, incluyendo la oportunidad. Respecto del primer componente es necesario señalar que es considerado en muchos de los informes evaluados como impacto, ya que esta Proforma discrimina de manera más detallada estos términos, e interpreta al impacto como los efectos más amplios del proyecto, no siempre relevados en los informes como se verá más adelante. Llama la atención que en varias de las evaluaciones se debe hacer una inferencia en base a resultados estadísticos de indicadores, o incluso a comentarios surgidos en entrevistas respecto de la

efectividad de las intervenciones, y que son menos aún los informes que se detienen a determinar la oportunidad de las respuestas, incluso aquellas motivados por desastres naturales o epidemias de rápida instalación, forzando una inferencia obvia. Todo esto señala por un lado el motivo del resultado parejo (aunque mayormente pobre) en la medición de este criterio, y la clara necesidad de mejorar el diseño de las evaluaciones, para lograr cierto consenso en la definición de criterios, y así efectuar determinaciones centrales a la hora de extraer lecciones aprendidas para la organización.

Tabla 7 – Área 4.3.iii Impacto [%]

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
2 – 14%	A - Bueno
3 – 22%	B - Satisfactorio
5 – 36%	C - Insatisfactorio
4 – 28%	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

En base a las mediciones vemos que casi 2 de cada 3 informes presentan un resultado insatisfactorio o pobre de este criterio, y esto se debe a que son pocas las evaluaciones que extienden la mirada a efectos más amplios que los provocados por la mera intervención, probablemente debido a la cultura “emergentista” de la organización, aunque hemos visto que varios de los proyectos evaluados no responden a emergencias propiamente dichas. Coincidentemente es interesante señalar aquí que todas las evaluaciones que obtuvieron buen puntaje en este criterio se corresponden con informes de intervenciones a enfermedades olvidadas o a desastres provocados por el hombre (atención a salud mental a población afectada por conflictos armados crónicos). Respecto de las primeras son las 3 evaluaciones dedicadas a la respuesta a la Enfermedad de Chagas (7, 8 y 10), en las que se señala como efectos más amplios obtenidos por la intervención a logros tales como la amplitud de la cobertura de los servicios de salud, la contratación de personal o los cambios curriculares de enseñanza por parte de las autoridades locales orientados a un mejor abordaje de la problemática, o incluso a la conformación de la Mesa Nacional de Chagas, la extensión del mínimo de edad para inicio de tratamiento de <5 a <15 años, y la puesta en la agenda de discusión del acceso a los medicamentos para Chagas. En las intervenciones de salud mental a víctimas de conflictos armados crónicos, en la consideración que las evaluaciones hacen del

impacto, el informe 9 señala como positivo la constatación de cambios permanentes en la atención a víctimas de violencia sexual, y a la mejora del acceso a los servicios de salud por parte de los desplazados, y en contrapartida la evaluación 6 manifiesta dudas respecto “al nivel del impacto más general sobre la calidad de la atención en Salud Mental en distrito”.

Tabla 8 – Área 4.3.iv Relevancia / pertinencia

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
2 – 14%	A - Bueno
8 – 57%	B - Satisfactorio
3 – 22%	C - Insatisfactorio
1 – 7%	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

La mayoría de las evaluaciones brindan los elementos para estimar este criterio, pero la interpretación de la relevancia será diferente según el tipo de intervención considerada; en los casos de epidemias o desastres naturales los indicadores de servicio, aún en ausencia de una línea de base que permita estimar impacto, serán suficientes para efectuar la estimación, máxime cuando las capacidades locales se encuentran superadas por la magnitud de los eventos. En términos generales la revisión documental (fundamentalmente de misiones exploratorias), y los elementos brindados por la descripción del contexto sirven de base para estimar la relevancia en los otros tipos de intervenciones. La pertinencia, más enfocada en actividades y aportes, se estima teniendo en consideración los valores de los indicadores de los objetivos específicos. En la evaluación 11 se hace una disquisición entre la relevancia estratégica al inicio de la intervención, y al momento de la evaluación, en sus componentes remanentes en el contexto humanitario y de salud de Liberia, 5 años después del inicio.

Tabla 9 – Área 4.3.v Sostenibilidad / conectividad

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
3 – <22%	A - Bueno
5 – <36%	B - Satisfactorio
6 – <43%	C - Insatisfactorio
0	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Existe una cierta paridad entre informes que brindan elementos para estimar sostenibilidad de las actividades de los proyectos después del retiro de la presencia y/o contribución de MSF, y las que no las hacen. Los proyectos que desatienden este criterio son los que responden a desastres naturales y a epidemias, particularmente cólera. En cambio todos los informes de intervenciones por enfermedades olvidadas mencionan cuestiones vinculadas a la sostenibilidad, como en el 7 en que el plazo de finalización del proyecto estaba definido desde el inicio y se concretó con la firma de las cartas de entendimiento entre MSF y las autoridades nacionales, mediante las cuales el Ministerio ha logrado mantener la contratación de los auxiliares, el municipio baraja la posibilidad de construir otro Puesto de Salud y algunos Centros de Convergencia Comunitaria para la extensión de cobertura, a la vez que se han reforzado todas las unidades con personal sanitario, y se ha empezado a ejecutar un programa nacional de prevención de la desnutrición crónica. En el informe 8 en cambio se manifiestan dudas respecto a la sostenibilidad por cumplimiento parcial y tardío de los compromisos en materia de control de vectores, diagnóstico y tratamiento de Chagas congénito, programas de mejoramiento de vivienda, y dotación de personal y de insumos y medicamentos por parte de las autoridades regionales. En el proyecto 10 también de respuesta al Chagas, la sostenibilidad y continuidad del proyecto son consideradas como una debilidad del proyecto (FODA) por actividades desarrolladas por el proyecto llevadas a cabo 100 % por personal MSF, además del cese del financiamiento del BID que afectó la autonomía del Programa Nacional de lucha contra el Chagas. En la evaluación 3, orientada a brindar elementos para una estrategia de salida del proyecto se considera propicio haber optado por reforzar la capacitación del personal, y mantener los protocolos nacionales como elemento que habrían de facilitar la sostenibilidad. En los informes de proyectos por desastres provocados por el hombre la sostenibilidad es puesta en dudas, por ejemplo en el 6, por desinterés y “pasividad política” de la contraparte gubernamental, lo que genera un verdadero caso de sustitución, señalando también a la capacitación del personal local como instrumento idóneo para mejorar un futuro traspaso. Las evaluaciones 9 y 14 señalan también al incremento de la participación comunitaria como componentes sustanciales de una buena sostenibilidad; la 9 se encontró sin embargo con la determinación contraria de la sede que abandonó ese componente del proyecto, lo que afectó el refuerzo de una ONG local que había sido considerada como un aliado importante para el traspaso. La evaluación 11, además de

también considerar y reforzar la capacitación como elemento contributivo de la sostenibilidad, señala problemas surgidos de escalas salariales diferentes entre MSF y MdS (un fenómeno problemático muy frecuente en proyectos de la organización), y efectúa un pormenorizado análisis de desafíos potenciales ante una eventual estrategia de salida. En términos generales solo las evaluaciones de intervenciones a desastres provocados por el hombre en contextos de violencia crónica, y los de enfermedades olvidadas hicieron algunas consideraciones respecto de la conectividad en tanto actividades de naturaleza de corto término efectuadas en un contexto que tenga en cuenta problemas interconectados y de largo término.

Tabla 10 – Área 4.3.vi Cobertura

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
1 – 7 %	A - Bueno
10 – 71%	B - Satisfactorio
3 – 22%	C - Insatisfactorio
0	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

La mayoría de los informes hacen referencia a aspectos vinculados a la cobertura, ya sea por considerarla apropiada en vistas del análisis de las crisis atendidas, como por ejemplo en las que responden al Chagas en vistas de la seroprevalencia de los municipios elegidos, en las que respondieron al cólera por la distribución entre secciones del territorio angoleño afectado por la epidemia, y en las que responden a violencia armada en Colombia por cubrir adecuadamente uno el área de origen de los desplazados (6, Caquetá, Florencia), y otra por atender a la misma población en su sitio principal de reasentamiento (9, Soacha, Altos de Cazuca). En las intervenciones que atienden THA no quedan dudas que los municipios elegidos son prioritarios por condiciones de aislamiento y vulnerabilidad de la población asistida, y en la 12 se consideró apropiada la ampliación de tamizaje a otros 20 sitios centinela, por aparición de casos en localidades circundantes, e incluso más allá de la frontera en RDC, en poblaciones afectadas por la presencia de grupos armados que forzaban su desplazamiento, lo cual predispone el resurgimiento de nuevos focos de la enfermedad. En la evaluación 14, pobre en términos generales, se destaca en términos de cobertura el cuestionamiento que se hace respecto del mantenimiento financiero de varios centros de salud en los cuales se efectúa un dudoso monitoreo de actividades, en tanto se recomienda revisar la

cuestión y enfocar a su vez la prioridad de presencia y atención en dos centros de salud (Bississi y Cibinda) situados en áreas en las cuales la población civil (residente, desplazados, retornados) se ve afectada por la presencia de grupos rebeldes armados y antagonicos.

Sección 4 – Sub-sección 4.4: Temas transversales

Tabla 11 – Área 4.4.iii Protección

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
1 – 7%	A - Bueno
3 – 22%	B - Satisfactorio
0	C - Insatisfactorio
2 – 14%	D - Pobre
8 – 57%	E – No aplicable

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Interesante contraste observado entre una proporción mayoritaria de informes en los que no se considera necesario el abordaje de aspectos vinculados a la protección (“no aplicable”), por el tipo de intervención asistida (epidemias, enfermedades olvidadas y desastres naturales), incluso en contextos en los que históricamente se han tratado otras temáticas vinculadas por ejemplo a la violencia armada como pueden ser Haití o Angola. En cambio, hay un profuso y detallado relato de cuestiones vinculadas a la protección, y que forman parte en tanto componentes específicos de los proyectos en los casos de atención a salud mental de víctimas de desplazamiento forzado en Colombia, crisis a la que Human Rights Watch califica en 2005 como “la peor situación de derechos humanos de América Latina”, con una perspectiva de evolución que hacía prever un empeoramiento. La amenaza de reclutamiento es el primer motivo de desplazamiento, además de miedo por amenaza directa y asesinato por grupo armado, huida de combates, desapariciones, ejecuciones extrajudiciales e incluso la utilización de niños en trabajos de espionaje (CICR 2006), con falta de confianza inclusive dentro del núcleo familiar. El desplazamiento forzado es una problemática que afecta principalmente a la población rural, la cual es víctima por la disputa del control territorial de los diversos actores armados, convertido en una estrategia de guerra por la cual la población es obligada a abandonar el territorio y facilitar así algún corredor militar o alimentario de las partes armadas en conflicto, y es a su vez acusada por diversos actores de ser colaboradora del adversario militar. La estrategia operacional se enfoca

entonces en atención a la población en el mero sitio de conflicto (evaluación 6, Caquetá, Florencia), y a la misma población en su sitio principal de reasentamiento (evaluación 9, Soacha, Altos de Cazuca). En la evaluación 11, en el contexto de post-conflicto armado se analiza la relevancia de los componentes remanentes del proyecto en relación a la situación humanitaria actual en Liberia, en la cual todavía son frecuentes los casos de violencia sexual y de género, para lo cual, aparte del abordaje clínico, se proponen una estrategia de lobby (ver Lobby). Por último, en la evaluación 14 se efectúa la recomendación de enfocar la atención del proyecto, que se considera “dispersa”, a población civil víctima de enfrentamientos entre grupos rebeldes armados y antagónicos.

Tabla 12 – Área 4.4.iv Capacitación

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
6 – 43%	A - Bueno
6 – 43%	B - Satisfactorio
0	C - Insatisfactorio
2 – 14%	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

La capacitación es una temática que ha sido abordada en diversos sentidos en todos los tipos de intervenciones evaluadas, lo cual se refleja en que 12 de las 14 evaluaciones calificaron Bueno o Satisfactorio. Se la considera un componente insoslayable en función del cual se garantizan mejores condiciones de sostenibilidad en las evaluaciones 3, 6 y 11. Se han llevado adelante actividades de capacitación de líderes, educadores, orientadores y otros actores sociales clave, en tanto componente de la estrategia comunitaria o psicosocial en trabajo de Prevención y Promoción, y la formación del personal de salud en la detección de trastornos psicológicos ha sido la estrategia adoptada con los promotores de salud en las zonas rurales (evaluación 6). Se incluyó una actividad de capacitación para el fortalecimiento de la detección de casos de desnutrición a nivel Puestos y Centro de Salud, y se contrató a una enfermera expatriada en el puesto de educadora comunitaria, pero no fue posible capacitar a las personas responsables, y hubo también falta de participación de los “sanadores tradicionales” a los que se pretendía capacitar (evaluación 7). En la misma evaluación se cita una capacitación en vigilancia entomológica comunitaria a un grupo de personas voluntarias (en 13 aldeas), y posterior creación de la figura del “colaborador de Chagas”. En la evaluación

8 se mencionan actividades de capacitación del personal de salud, tanto sanitarios de las unidades de salud, como los de control vectorial, y también para personal de otros municipios que iban a comenzar diagnóstico y tratamiento. La evaluación 10 menciona actividades de capacitación en distritos intervenidos, y laboratorio de la Secretaría de Salud Municipal equipado, con personal capacitado, mencionados como oportunidades según matriz FODA. La evaluación 11 da cuenta de capacitación del personal de salud de todos los niveles (enfermeras, parteras, personal de farmacia y de laboratorio, e incluso administrativo y logístico), que fuera utilizada para nivelar con calidad las posibles deficiencias surgidas en la atención clínica de pacientes, y tanto entrevistas como observación dieron muestra de resultados positivos y acumulativos de esta formación dispensada. La evaluación 14 menciona formaciones efectuadas a fin de mejorar la aplicación de protocolos. Se destaca, entre tantos casos, el mencionado también en la evaluación 6 en el cual “el impacto de la asistencia brindada en Florencia mejoró por un curso de capacitación a los funcionarios sobre el sistema de salud en Colombia, ya que al ser éste de tal complejidad, los errores de los propios funcionarios eran frecuentes”. Por último se señalan casos de recomendaciones de capacitación, tal el caso de la evaluación 5 en que se efectúa la recomendación de capacitación de personal local en futuras intervenciones en respuesta a epidemias de cólera; la recomendación de organizar una formación formal de técnicos de laboratorio en métodos THA, y la de personal de enfermería y oficiales de salud que prescriban tratamiento y lo administren a pacientes en la evaluación 12; la capacitación incluida en el capítulo de recomendaciones generales de la evaluación 13; y el planteo de reforzar la formación de personal en funciones, esto es de enfermeros de manera cotidiana y al lado de la cama del paciente en la evaluación 14.

Tabla 13 – Área 4.4.v Lobby

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
8– 57,5%	A - Bueno
2 – 14,0%	B - Satisfactorio
0	C - Insatisfactorio
4 – 28,5%	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

El área de *Lobby* es la segunda en obtener mejor puntaje en la categoría “Bueno” después de Recomendaciones, y esto se debe a que es indudablemente un componente muy atendido por la organización para la obtención de resultados políticos y operacionales favorables y necesarios en pos del avance favorable en sus intervenciones, y se trata de otro tema transversal en el cual el buen desempeño es independiente del tipo de intervención considerada. De hecho en la narración siguiente se hará una detallada descripción que brinda un interesante panorama de diferentes actividades de lobby y testimonio usualmente efectuadas por la organización y señaladas en las evaluaciones analizadas, así como sus resultados concretos y prácticos.

En la evaluación 3 las actividades de lobby fueron planeadas concerniendo principalmente el acceso a tratamientos más eficientes para malaria, tuberculosis y tripanosomiasis humana africana. En la evaluación 5 en cambio, inter-seccional por respuesta a epidemia de Cólera en Angola, se lanzaron una serie de comunicados de prensa para informar e influenciar en las condiciones habitacionales que generaron escasa reacción, tras lo cual se preparó el documento "Aguas Turbias", que da detalles de suministro de agua y situación sanitaria y su vínculo con la epidemia de cólera como parte de una estrategia de lobby que incluyó una conferencia de prensa inter-seccional en Johannesburgo, como consecuencia de la cual el gobierno solicitó asistencia para resolver los problemas, el CDC efectuó un estudio y propuso soluciones, y algunos de los centros de tratamiento de cólera fueron conectados con la torre principal de suministro de agua de la ciudad. En la evaluación 6 se planeó una emisión de radio semanal con interacción con el público, de tipo taller psico-educativo radiofónico, cuyo objetivo claro era crear una demanda, y que surgió de una consulta al presidente de la asociación de psiquiatras colombianos, preguntado sobre el asunto sobre qué podría hacerse desde MSF en materia de promoción de la salud mental. El proyecto buscará dotarse de una base de datos que permita hacer un análisis fino de la actividad ya realizada, con la cual una publicación puede ser elaborada como elemento de testimonio. La misma podrá luego tomar forma de artículo científico, de una campaña de comunicación propia, con difusión al gran público. Se cuenta para esto con el apoyo de un responsable de proyecto que acaba de salir del terreno, y con el Presidente de la Sociedad de Psiquiatras de Colombia, dado que la asociación que él preside publica una revista especializada y de referencia. En la evaluación 7, en referencia al testimonio sobre Chagas, se presentó la

experiencia del proyecto en cada uno de los foros en los que MSF ha tenido espacio, y se aprovechó la visita que los diversos actores interesados realizaron al proyecto. Se elaboró además un plan general de testimonio, con el que pretendía contribuir a mejorar el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Chagas, mediante 3 mensajes: a) ampliación de la cobertura del diagnóstico de la enfermedad, b) fortalecimiento del diagnóstico de la población infectada, y c) refuerzo del peso político de la Enfermedad de Chagas dentro de la agenda nacional de la Salud Pública, más una serie de acciones a nivel nacional e internacional que al momento del cierre de actividades no ha sido posible evaluar. Se señala que esta estrategia de lobby genera dudas respecto de si la ampliación de la cobertura de la actividad diagnóstica y el tratamiento a todo el nivel primario en un país de relativa baja seroprevalencia (al compararlo con otros países latinoamericanos) puede demandar mucho tiempo y dinero (que el gobierno no tiene), además del involucramiento activo del personal de APS que atiende un total de 26 Programas, con todas sus limitaciones y prioridades, diseñadas por el propio Ministerio de Salud. A pesar de lo anterior se sigue trabajando el tema del acceso a los medicamentos, y si bien no ha sido posible destrabar el tema del registro y la comercialización del Benznidazol en Guatemala, el Ministerio de Salud mantiene la misma posibilidad de los años anteriores de recibir donaciones de Nifurtimox o Benznidazol, para el tratamiento de la población escolar de los 7 a 14 años una vez que haya justificado el uso mediante encuestas de seroprevalencia. En la evaluación 8, también sobre Chagas, el Objetivo Específico 6 "Sensibilizar a las autoridades de salud para mejorar la prevención y tratamiento a nivel nacional" atañe específicamente al lobby efectuado por MSF, y puede considerarse concluido con éxito tras la finalización de la elaboración del Protocolo Nacional de Chagas en el segundo trimestre de 2005. La evaluación 9 señala que siguiendo la iniciativa de Bogotá, en la implementación de la carta de atención, mediante la cual los desplazados podrán acceder a la atención en salud y a medicamentos gratuitos, y como resultado de las actividades de lobby de MSF-OCBA, en diciembre la Secretaría de salud del Departamento Cundinamarca (donde se ubica Soacha) publicó una circular semejante a la de Bogotá que permite la implementación de la carta de atención. Esta propuesta mejora la de Bogotá, tiene mayor alcance y aumenta el tiempo de validez de la carta. Se sugiere que MSF podría estar en condiciones de articular una intervención que asegure la existencia de capacidad asistencial de salud mental en Soacha, esto es brindarle sostenibilidad mediante una propuesta de prolongación "puntual" del proyecto en el que se incluyan actividades de lobby. En la

evaluación 10 se menciona que el proyecto tuvo dos fases en relación a logros en base a presión política, sensibilización y testimonio. Además de los logros del proyecto en sí, se mencionan las siguientes acciones: consolidación de la premisa de que el diagnóstico y el tratamiento son posibles y necesarios; conformación de la Mesa Nacional de Chagas; definición de normativas, regularizaciones, manuales de procedimientos; extensión de edad de tratamiento de <5 a <15 años por parte del Programa Nacional de Control de Chagas; puesta en agenda la discusión del acceso a los medicamentos; y sistematización del uso extensivo del test diagnóstico STAT PAK, facilitando el esquema diagnóstico. En la evaluación 11 se señala que la decisión de ofrecer tratamiento y cuidado a las víctimas de violencia sexual fue efectuada con el apoyo de una estrategia de lobby, cuyas acciones fueron basadas en experiencia previa de MSF y tuvo un impacto muy positivo en la conciencia generada en la población. Muchos casos se siguen reportando seguramente por la creciente conciencia, y la campaña fue activamente tomada por el gobierno y la población civil. Una encuesta llevada adelante por THINK, la ONG local a la cual MSF efectuó el traspaso de la temática, revela que el 85% de la población conoce de los servicios disponibles. En la evaluación 12 se recomienda hacer lobby a oficiales locales y nacionales de salud para promover una rápida adopción del tratamiento NECT en el protocolo nacional (aunque no se hace ninguna mención previa del tratamiento NECT, por lo cual se desconoce de qué se trata, y no se incluye en lista de abreviaturas...). Por último, la evaluación 13 incluye el testimonio de un entrevistado que dice críticamente que "Demasiados mensajes y muchos decisores resultan en ningún mensaje". La evaluación plantea que se produjeron bloqueos internos de MSF que impidieron adoptar y difundir posiciones comunes de lobby a pesar de haberse detectado varios temas que los requerían, tales como refugio, protección de desplazados internos, acceso a servicios de salud sin cargo, el rol del Gobierno en las políticas de salud, y el rol de los militares en las operaciones de asistencia humanitaria. Excepción a esta situación fue en la primera semana el cambio de prioridades en los derechos de aterrizaje para hacer llegar ayuda humanitaria por vía aérea. El acceso a salud gratuita fue concedido por el gobierno por un período de tres meses, y MSF debió trabajar de manera menos pública para lograr finalmente una extensión temporal de gratuidad.

Sección 5 – Valorando el Informe

Sub-sección 5.1: Hallazgos, conclusiones y recomendaciones

Tabla 14 – Área 5.1.ii Conclusiones

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
6– 43%	A - Bueno
6 – 43%	B - Satisfactorio
2 – 14%	C - Insatisfactorio
0	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

Como se verá las áreas que analizan conclusiones y recomendaciones presentan puntajes muy elevados, logrando la adición de las categorías Bueno y Satisfactorio más de 80% y 90% respectivamente, y esto se debe a la prioridad y atención que los evaluadores -y la organización- brindan a los hallazgos y a los consejos operativos que de estos se deducen, independientemente, como se verá más adelante, de ciertos cuestionamientos y críticas efectuados por el investigador, además de algunos entrevistados calificados al respecto. En relación a las conclusiones en general reflejan hallazgos señalados en el informe, pero no siempre proveen una base a los juicios de valor en ellas emitidos. Las formas de presentación de las conclusiones presentan muchas variantes, lo que no impresiona ser un aporte en el sentido de facilitar la interpretación uniforme del ejercicio evaluativo, ni para crear una memoria institucional de lecciones aprendidas con fines operativos. En la evaluación 1 se dan fenómenos inconexos, ya que las conclusiones no fluyen de hallazgos claramente explicados, funcionando en ocasiones como descripciones tácitas de problemas; la sección III del informe avanza con recomendaciones sin conclusiones, en tanto las secciones IV y V no presentan conclusiones. En las evaluaciones 3 y 10 (ambas de intervenciones por enfermedades olvidadas) se presentan conclusiones parciales al final de cada sección en que se divide el informe. Las evaluaciones 6 y 9 (ambas de intervenciones por violencia armada en Colombia) presentan conclusiones intermedias y finales, lo que en la evaluación 9, en la que se fusionan conclusiones con recomendaciones, resulta en ciertas reiteraciones y redundancias. Otras evaluaciones que fusionan conclusiones con recomendaciones son la 5, la 7, la 12 - que también genera reiteraciones y redundancias- y la 14, en la cual las conclusiones son muy sucintas en comparación con recomendaciones profusamente desarrolladas. En las

evaluaciones 2, 3 y 11 se observa, en la forma de presentación de las conclusiones, que las mismas se orientan a la salida de la organización de los proyectos evaluados.

Tabla 15 – Área 5.1.iii Recomendaciones

Nº de Evaluaciones - %	Interpretación
11 – 79%	A - Bueno
2 – 14%	B - Satisfactorio
1 – 7%	C - Insatisfactorio
0	D - Pobre

Fuente: Elaboración propia según instrucciones de la lista de cotejo ALNAP 2005

En términos generales se puede decir que se observa un buen desempeño de las recomendaciones de los informes analizados; estas son claras, relevantes e implementables, provienen de las principales conclusiones, aunque no todas brindan un orden de prioridad ni un marco temporal para su implementación. En atención a las notas directivas de la lista de cotejo del ALNAP debemos decir que son pocas las recomendaciones que sugieren adonde debería recaer la contraloría de su seguimiento. La evaluación 1, desestructurada como ya fue mencionado, enfatiza sin embargo de manera pertinente la necesidad de que la organización cuente con guías logísticas que ayuden a los equipos de terreno a preparar las intervenciones en situaciones de emergencia. La evaluación 2 presenta recomendaciones orientadas a futuros proyectos similares, asumiendo la finalización del actual. Sugiere atender al contexto, valorar las redes y la participación comunitaria antes de la puesta en marcha de proyectos similares. La evaluación 3 también alude a futuros proyectos similares, en los que se debería contar con cifras iniciales de morbilidad, y prever que la formación de personal requiere competencias específicas. La evaluación 4 efectúa recomendaciones técnico-estadísticas, aunque operativamente prácticas, en tanto la 5 cuenta con secciones dirigidas a proponer modificaciones de la guía de cólera, señalar las responsabilidades operativas de MSF, y una tercera abocada a temas de agua y saneamiento. La evaluación 6 propone reforzar las actividades de lobby para someter a los hospitales colombianos a un proceso de acreditación y certificación de calidad en la atención de la salud mental para así promover la implementación de protocolos conjuntamente con MSF. Se señala que el tiempo mínimo para este tipo de proyectos no debe ser inferior a 3 años, y enfatiza la importancia de las actividades de lobby y capacitación. La evaluación 7 llama la atención a la organización respecto de

recomendaciones “sobre-exigentes” para países con tasas de prevalencia relativamente bajas, por los riesgos de frustración institucional, y de pérdida de credibilidad. También advierte sobre la atención que debe otorgarse a firmas de memorandos de entendimiento en momentos peri-eleccionarios, lo que puede condicionar la independencia de los compromisos adquiridos. En la evaluación 8 se destacan las recomendaciones, no precedidas de conclusiones, y que se dirigen según TdR a MSF y también al Programa Nacional de Chagas, lo que sorprende a la propia evaluadora. La evaluación 10 cuenta con recomendaciones claras, relevantes, orientadas a realización de futuros proyectos, apostando a nuevas experiencias operacionales para generar testimonios operacionales tendientes a mejores tratamientos y simplificación diagnóstica. La evaluación 11 divide las recomendaciones a estrategias de salida por un lado, y a mejora de la gestión actual del Hospital Benson, en respuesta al ya mencionado desacuerdo entre sede y terreno respecto de los términos de referencia (ver tabla III, área 2.6, Limitaciones de la Evaluación). La evaluación 12 está dividida en secciones que abarcan detallada e integralmente todos los componentes del proyecto evaluado. En la evaluación 13 las recomendaciones, claras, relevantes e implementables, provienen de las principales conclusiones, y se presentan al final de cada revisión parcial, con un capítulo final de recomendaciones principales dirigidas a Directores Generales, Secretario General Internacional, Directores Médicos y Operacionales, y al Consejo Internacional. Estas recomendaciones, aunque basadas en la experiencia haitiana, son obviamente aplicables a otros escenarios de intervención similares. Si bien todas las recomendaciones descriptas constituyen un cuerpo bien logrado, que busca resaltar en cada caso los elementos más relevantes, no puede dejar de señalarse, que la forma tan variable de presentación de las recomendaciones evidencia una falta de sistematización que afecta a la memoria institucional, y secundariamente a la optimización del provecho operativo del ejercicio evaluativo.

9.2.4 Integración de los hallazgos analizados

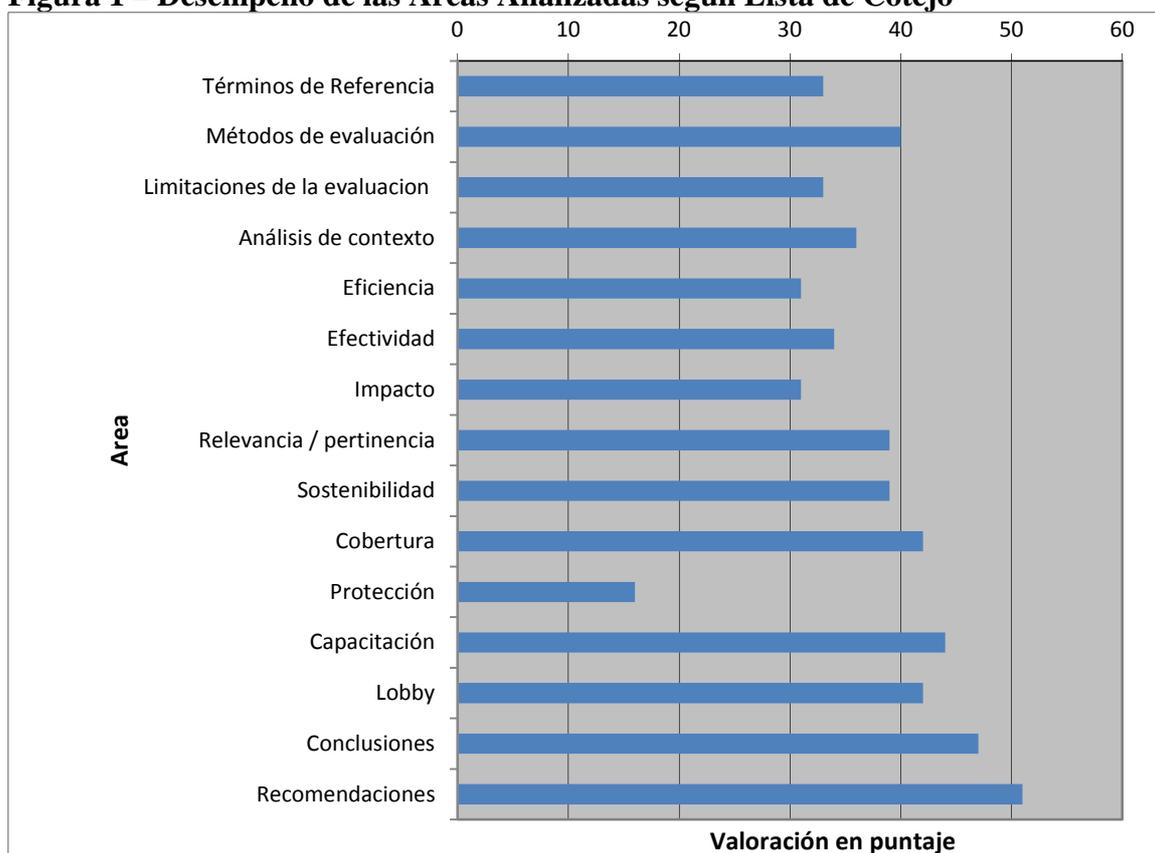
Efectuando una conversión mediante la atribución de un puntaje numérico a cada una de las categorías de la clasificación, según se observa en la siguiente tabla, y efectuando una sumatoria para la totalidad de las evaluaciones, se confeccionan a continuación dos gráficos que permiten comparar el desempeño de las áreas analizadas en las evaluaciones, y de todas las evaluaciones consideradas en el presente estudio, integrando de este modo los hallazgos generales del análisis de la investigación.

Tabla 16 – Atribución de puntaje a las categorías de clasificación de las áreas analizadas

Interpretación	Puntaje atribuido
A – Bueno	4
B – Satisfactorio	3
C – Insatisfactorio	2
D – Pobre	1
E – No aplicable	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejo a las evaluaciones realizadas por MSF.

Figura 1 – Desempeño de las Áreas Analizadas según Lista de Cotejo

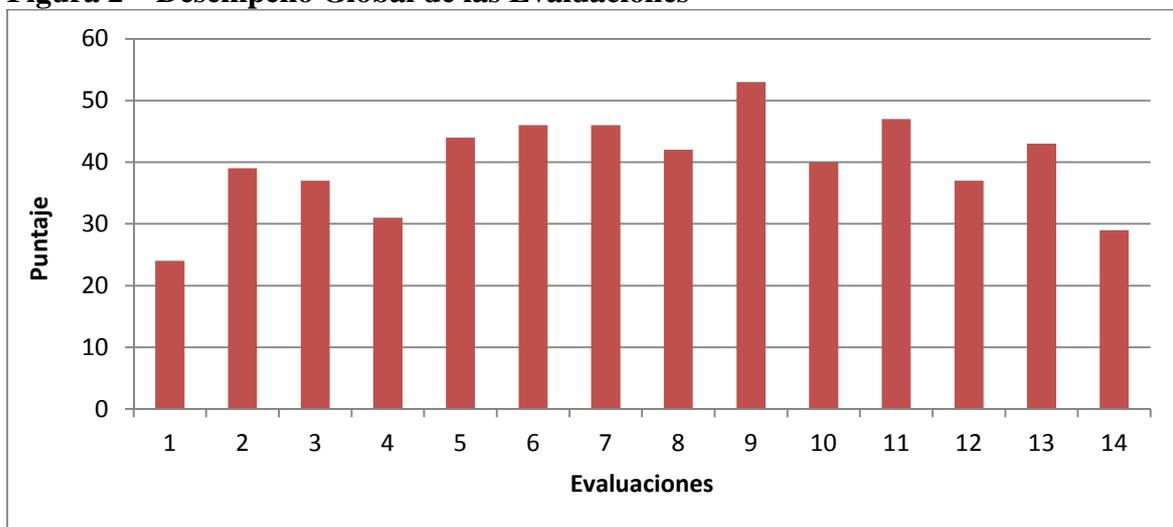


Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos al aplicar ALNAP Quality Proforma 2005

Teniendo en cuenta el valor máximo (de 4 puntos) de la clasificación con que cada una de las áreas de la lista de cotejo es analizada, y el hecho de que se evalúan en este estudio un total de 14 evaluaciones, un puntaje ideal para cualquier criterio analizado será de 56 puntos.

El escaso desempeño del área Protección (15 puntos) se debe a que en 8 de las 14 evaluaciones se considera que se trata de un área no evaluable (o “no evaluable”, con puntaje 0) en vistas de las características post conflictivas del contexto, o por tratarse de evaluaciones de epidemias o de enfermedades olvidadas en zonas en las cuales no se registraban riesgos por conflictos armados, o violaciones de los derechos humanos al momento de la intervención.

Figura 2 – Desempeño Global de las Evaluaciones



Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos al aplicar ALNAP Quality Proforma 2005

En cuanto al desempeño global ésta admite para cada evaluación un valor de 60 en tanto puntaje máximo posible, en el caso teórico de aquella evaluación en la cual la totalidad de los 15 criterios de la proforma de cotejo considerados en el análisis alcanzasen un valor ideal de 4 puntos.

9.3 Aspectos políticos y éticos

Recordando los argumentos esgrimidos por García Sánchez (2009b) para explicar por qué las evaluaciones son escenarios especialmente impregnados de connotaciones políticas, al abordar objetos de estudio -las políticas y los programas públicos- propuestos, elaborados, debatidos, financiados y aprobados *en el seno del proceso político*, y realizarse con el

propósito -tácito o explícito- de informar e influir, en un sentido o en otro, en el proceso de toma de decisiones políticas, debemos decir que en el ámbito del trabajo humanitario, y en los informes evaluados en esta investigación en particular también se desprenden una serie de elementos vinculados con la política, ya sea de la organización implementadora, como también aspectos políticos relacionados con los contextos en los cuales se llevan adelante los proyectos evaluados.

En cuanto a las observaciones efectuadas por las evaluaciones objeto de la presente investigación, manifestadas luego en conclusiones y recomendaciones, estas se orientan mayoritariamente a aspectos operativos-programáticos que son profusamente descriptos unos y justificados otros, lo cual se refleja en el buen desempeño de estas dos áreas en las tablas de calificación 14 y 15, en tanto se dejan de lado o se mencionan sólo secundariamente los aspectos derivados del análisis político de las crisis que motivan las intervenciones. Podemos mencionar sin embargo una excepción en la evaluación 7 en la cual, en relación con potenciales conflictos políticos por motivos externos a la organización, se advierte en las recomendaciones sobre la atención que debe otorgarse a firmas de memorandos de entendimiento en momentos peri-eleccionarios, lo que puede condicionar la independencia de los compromisos adquiridos.

Este punto nos lleva de regreso a la importancia de la presencia, precisión y claridad conceptual que deben emanar de los TdR, constituyéndose éstos en la “herramienta política” de las evaluaciones, ya que serán la guía que permitirá enfocar manifiestamente o soslayar intencionalmente ciertos aspectos claves relevados de los proyectos y programas evaluados. En este sentido se observará en el análisis efectuado debajo en la tabla I de valoración de las evaluaciones, que el desempeño del área TdR es francamente deficitario, ya que sólo 4 de las 14 evaluaciones analizadas incorporan TdR, o los elementos que usualmente los componen, constituyéndose sin dudas en un evidente punto débil de esta metaevaluación. Como se menciona luego en el análisis narrativo de la tabla 1 no parecen ser los TdR una exigencia formal de la agencia comisionante (MSF-OCBA), sino más bien provenir de la voluntad del evaluador, manifestándose claramente en las evaluaciones en que ni siquiera se menciona a los TdR una conducción errática del texto, con priorización de temas y subestimación de

otros, sin explicación alguna del eventual objetivo de tal o cual abordaje, y sin posibilidad de determinar sesgos del evaluador, aunque se los sospeche fuertemente.

Los *términos de referencia* no son el único apartado que analiza los aspectos políticos de los proyectos evaluados, por lo que esta única observación no permite efectuar una generalización respecto de la ausencia de compromiso político de la organización. Cuando observamos por ejemplo en la tabla 13 el buen desempeño del área de *Lobby*, que involucra las actividades de testimonio y negociación, vemos que es la segunda en obtener mejor puntaje en la categoría “Bueno” después de Recomendaciones, y constatamos que hubo una serie de actividades de testimonio operacional y negociaciones políticas orientadas a obtener modificaciones en áreas ya sea sensibles o de difícil prosecución y que implicaron mejoras en tratamientos, cambios de protocolos diagnósticos y terapéuticos de enfermedades, o incluso visibilidad y concientización respecto a situaciones de violencia que afectan a poblaciones vulnerables y postergadas.

Sin embargo, hemos también de destacar, en referencia a aspectos también políticos pero de la propia organización, la existencia de bloqueos internos entre las 5 secciones de MSF que impidieron en Haití adoptar y difundir posiciones comunes de lobby a pesar de haberse detectado varios temas que los requerían, tales como refugio, protección de desplazados internos, acceso a servicios de salud sin cargo, el rol del Gobierno en las políticas de salud, y el rol de los militares en las operaciones de asistencia humanitaria.

Considerando la literatura consultada respecto a aspectos políticos y evaluaciones veremos, en la Séptima Revisión de la Acción Humanitaria del ALNAP (Beck, 2008), que se llama la atención respecto de que más del 80% de las evaluaciones conjuntas efectuadas por el ALNAP fueron de intervenciones en respuesta a desastres naturales, la mitad de los cuales en respuesta al tsunami del Índico, lo que induciría a pensar que es más fácil llegar a un acuerdo entre agencias para llevar adelante evaluaciones conjuntas por desastres naturales que por conflictos en los cuales las agendas políticas pueden ser más fuertes y sensibles.

Un beneficio frecuentemente citado por evaluaciones conjuntas es su capacidad de mirar la gran foto, evaluar la acción colectiva en un contexto más amplio, como la

coordinación y coherencia de la respuesta, y cómo las agencias se relacionan entre ellas y con los gobiernos. De este modo, las evaluaciones conjuntas deberían estar bien ubicadas para vincularse con y hacia las cuestiones de influencia política. En la metaevaluación Coalición de Evaluación del Tsunami (TEC), y en relación con este tema en particular, se enfocan tres áreas / secciones de la proforma: calidad del análisis del contexto, nivel de evaluación de coordinación y coherencia (como parte de los criterios DAC), y cuan bien dos de los temas transversales (protección y lobby) fueron abordados. Interesantemente al menos tres de los miembros de agencias evaluadas entrevistados comentaron que, sin importar lo que los TdR digan sobre el enfoque político, “lo que sucede en la práctica depende del interés y del sesgo del equipo evaluador seleccionado, y especialmente del líder del equipo”.

Otra observación de interés al respecto es la efectuada en el informe de metaevaluación a la crisis en Kosovo de 1999 (ALNAP, 2001), en la que se concluye que a la vez que muchos estudios de revisión política e informes de medios de prensa señalaban a los crímenes contra los derechos humanos como la crisis fundamental en Kosovo, la mayoría de las evaluaciones y los programas por éstas evaluados ponían el foco en la asistencia y no en la protección, llamando la atención de un donante que comentó críticamente respecto de la falta de actividad de las ONG en protección y derechos humanos, que esta se debía a que “las respuestas de las ONG estaban ampliamente orientadas, asistencial y financieramente”.

En íntima relación con la política y merecedora de atención en la presente investigación es **la ética** entendida como el enfoque sobre los principios de conducta desarrollados por, y para, miembros de una profesión particular (Morris, 2008, p.2, en Morris, 2011). En este sentido resulta de interés el artículo de la Revista Americana de Evaluación que aborda los desafíos éticos en la actividad evaluativa, analizando los avances producidos en la temática en los últimos 25 años mediante una revisión organizada de acuerdo a los cinco Principios Guías para Evaluadores: Investigación Sistemática, Competencia, Integridad/Honestidad, Respeto por la Gente, y Responsabilidad por el Bienestar Público y General (Morris, 2011).

Resultan de particular interés para esta investigación algunas consideraciones efectuadas respecto de la responsabilidad atribuida a los evaluadores, que tienen que servir

como críticos de los programas sociales, o hacer de manera que las evaluaciones hagan avanzar las causas de justicia social mediante la inclusión proactiva de participantes marginados en ambientes altamente politizados, considerando la vulnerabilidad que los participantes con bajo poder experimentan en evaluaciones, así como las medidas proactivas y usualmente creativas necesarias para prevenir o minimizar daños y promover la inclusión. Consistente con esta visión, pero de enfoque más amplio, son abordajes que llaman a varias formas de pluralismo democrático, en los cuales las perspectivas de todos los participantes relevantes son puestas en superficie, dándoles una escucha justa a través de la evaluación.

Continúa señalando Morris que cabe bajo la responsabilidad del evaluador, tal lo citado en un artículo temprano y muy crítico de Lipsey (1988), la significación ética de la responsabilidad metodológica. En su crítica del rigor de la investigación evaluativa Lipsey concluyó que “no estamos practicando evaluación, la estamos mal-practicando”, y que “lo que hacemos es usualmente peor que innecesario, es activamente dañino” (Lipsey 1988, en Morris 2011). Respecto del potencial daño que se puede efectuar también es válido cuestionarse respecto de los Métodos de Valoración y Evaluación Rápida (REAM su sigla en inglés), una familia de abordajes que han sido usados cuando “hay una urgente necesidad de información sobre la base de la cual se debe actuar”, como en emergencias humanitarias. En este sentido el artículo sostiene que un contrato debería ser declinado si el trabajo deseado no es posible a un nivel aceptable de calidad. Podríamos poner en cuestión, en este sentido, el estricto cumplimiento de requisitos éticos en las evaluaciones analizadas en la investigación en curso dado que sólo 4 de las 14 incluyen TdR, siendo de hecho los TdR los contratos que describen las condiciones del trabajo a ser realizado. Sin embargo debemos reiterar la consideración respecto de que los TdR no son el único parámetro para analizar los aspectos políticos -y éticos en este caso- de los proyectos evaluados.

En relación al Principio Guía Integridad/Honestidad se ha remarcado elocuente y consistentemente la importancia de que los evaluadores no cedan a presiones políticas que puedan afectar su credibilidad e independencia durante las fases de diseño, implementación, informes y disseminación del estudio. Se profundiza en este sentido haciendo mención al modelo de “evaluación de defensoría” en la cual se asume un compromiso activo de los evaluadores y sus supervisores en el proceso organizacional de discusión, aprobación e

implementación de recomendaciones después de completar una evaluación. Se reconoce sin embargo en la publicación que existe una seria escasez de evidencia sistemática y rigurosa que pueda guiar la evaluación, o que los evaluadores puedan usar para su propia reflexión, o para mejorar su próxima evaluación.

Se efectúa por último un reconocimiento de que los evaluadores y otros participantes pueden diferir en su conceptualización de temas éticos, implicando también aquí la necesidad de investigaciones que comparen las percepciones de asuntos éticos de evaluadores y de otros participantes, lo cual abriría un debate interminable dadas las cuestiones ideológicas implicadas. Pero, abordar estas cuestiones con los participantes al principio de un proyecto puede ayudar a prevenir serios problemas más tarde en la evaluación. ¿Pueden todos los problemas éticos ser anticipados de esta manera? No, pero muchos sí. Conflictos manifestados en etapas avanzadas de una evaluación (ej. disputas sobre distribución de un informe final) tienen su origen frecuentemente en asunciones o malentendidos que no fueron explorados en conversaciones iniciales (Morris, 2011). En este sentido, podemos citar el caso de la evaluación 11, cuando con la llegada del equipo de evaluación a Liberia hubo cierta confusión entre terreno y sede respecto de los TdR, creando un desafío a los evaluadores de alcanzar las expectativas del equipo, y de ser claros respecto del propósito de la evaluación. Los TdR para los evaluadores era una evaluación del proyecto, en tanto para el equipo de terreno los TdR que habían llegado meses atrás se enfocaban en la gestión hospitalaria. Los evaluadores resolvieron la discrepancia agregando el componente de gestión a la evaluación, y aclarando la cuestión con todos los actores involucrados y entrevistados.

10. DISCUSIÓN

10.1 Acerca de los instrumentos: matriz de análisis y lista de cotejo

Los instrumentos utilizados en la investigación han sido la matriz de análisis creada por el investigador en base a su experiencia en la acción humanitaria, y adaptada a las características de la organización Médicos sin Fronteras, y la lista de cotejo (Quality Proforma) de ALNAP, que es una herramienta que fue sometida a varias revisiones, y originada como producto del interés de varias organizaciones humanitarias interesadas en desarrollar herramientas de análisis para investigar y mejorar los temas de aprendizaje y responsabilidad en el sector humanitario. El aporte de la lista de cotejo se basa en su potencia analítica al atravesar, con incuestionable especificidad temática, el contenido de las evaluaciones a los proyectos y programas de acción humanitaria. Las secciones y áreas en que se descompone la proforma abarcan la casi totalidad de cuestiones que componen una evaluación de la acción humanitaria.

La matriz de análisis funciona como complemento al tomar una serie de elementos que no fueron incluidos en la lista de cotejo, al contener en particular una primera sección dedicada exclusivamente a aspectos descriptivos y analíticos de la intervención evaluada, antes de considerar los aspectos propios de la evaluación en sí misma. En esta sección se atienden aspectos tales como la descripción del tipo de intervención, su duración, la categorización de sus dimensiones o componentes principales, y los instrumentos metodológicos utilizados para ponderar la respuesta a la situación sanitaria que motiva la intervención. Merece mencionarse con especial atención la línea de la matriz que analiza el presupuesto de la intervención en la cual se observa una llamativa ausencia de información, como también la línea que, en la sección dedicada a las evaluaciones, analiza la coordinación entre sede y terreno abarcando temas de particular importancia y que pueden influir positiva o negativamente en el desarrollo de una evaluación.

Ambos instrumentos se complementan adecuadamente en la función de describir y analizar los informes de evaluación de proyectos humanitarios, con la posibilidad brindada por la lista de cotejo de otorgar una clasificación a las diferentes secciones y áreas que la componen, lo cual ayuda en la tarea de cuantificar sus desempeños y efectuar un análisis

comparativo entre los mismos, que permite poner de relieve fortalezas y debilidades del cuerpo de evaluaciones investigado. Sin embargo la utilización de estos instrumentos no nos permite ir un paso más allá del análisis y efectuar una interpretación de los hallazgos, para lo cual se contaba con el material que otorgarían las entrevistas a informantes claves que hubieran otorgado los elementos que, superando las barreras impuestas por la mera lectura, permitirían comprender muchos aspectos que permanecen ocultos detrás la escritura de los informes de evaluación investigados.

Un abordaje metodológico que fuera considerado para la realización de esta investigación y que hubiera podido también ayudar a comprender ciertos aspectos implícitos de los textos analizados es la hermenéutica, en su carácter de disciplina que se ocupa de brindar una explicación sistemática e integral del documento, que se vale de un conjunto de técnicas y herramientas para el análisis e interpretación de textos, aplicable en cuanto forma principal de presentación de resultados de investigaciones sociales y evaluaciones de programas y proyectos (Díaz, 2001). En otras palabras la hermenéutica es la disciplina que se ocupa del análisis, la interpretación y la comprensión de documentos en su contexto, y al asumir que cualquier acto realizado por el individuo posee una carga de intencionalidad propia, lo que supone la presencia de elementos subjetivos internos en el actuar de los sujetos, se estima que hubiera sido de suma utilidad incluirla en esta investigación máxime considerando las subjetividades, las ideologías, las tendencias políticas y los juegos de intereses que envuelven a la acción humanitaria y a la evaluación de su desempeño. En esta sección abocada a la consideración de las limitaciones que debe enfrentar esta investigación no se puede omitir la decisión como investigador de no incluir el abordaje hermenéutico por limitaciones de tiempo, pero también por haber considerado mis propias limitaciones a la hora de encarar un tema que requiere unos conocimientos y una experiencia de los que reconozco carecer.

10.2 Comentarios globales finales

Las evaluaciones analizadas en la investigación revelan un preocupante déficit en lo que a **Términos de Referencia (TdR)** se refiere, teniendo en consideración que solo 4 de las 14 evaluaciones (<30%) incorporan los TdR o los elementos que los constituyen. Este aspecto debe ser resaltado por diversos motivos, en primer término porque los TdR constituyen el

contrato que sienta las bases sobre las cuales se sustentarán las actividades esperadas por parte de los evaluadores / equipos de evaluación, y de las cuales emanarán los hallazgos del objeto evaluado, a través de los cuales se deberán emitir los juicios valorativos que se esperan de todo ejercicio evaluativo bien realizado. Mal se podrán juzgar la calidad y el mérito de un proyecto o programa sin la estructura sobre la cual fundamentar dicho juicio, si bien se podría argumentar que en el cuerpo de evaluaciones investigado los métodos utilizados han sido claramente reseñados en relación al propósito primario de la evaluación, foco y usuarios, ya que el área de metodología aplicada en las evaluaciones analizada en la lista de cotejo tuvo un muy buen rendimiento, con más de un 70% de las evaluaciones clasificadas como buenas o satisfactorias. Es impresión del investigador que la relación casi inversa del rendimiento alcanzado por los términos de referencia y por la metodología se justifican por una “compensación” entre estos componentes, mediante la cual los evaluadores buscan otorgar fiabilidad y credibilidad al producto final de su trabajo.

El hecho de que la mayoría de las evaluaciones incorporaron una combinación de métodos cuanti-cualitativos, en algunos casos particularmente potentes, con revisión documental, entrevistas, discusiones grupales e incluso triangulación para verificar la coherencia y validez de los resultados es un dato positivo destacable, así como el carácter claramente contributivo hacia las operaciones en respuesta a la epidemia de cólera que se verifica en dos evaluaciones a pesar de que en las mismas se utilizan métodos puramente estadísticos, en un claro caso de **enfoque metodológico** orientado al uso y a la utilización característico del tipo de evaluaciones analizadas. Sin embargo, el buen desempeño de la metodología no garantiza el cumplimiento de aspectos tales como la determinación de los motivos reales de la evaluación, la participación de los resultados y recomendaciones con los actores interesados, la determinación de personas o instituciones a cargo de monitorear el cumplimiento de las recomendaciones, o la existencia de mecanismos que detecten y corrijan potenciales sesgos capaces de afectar los procesos y productos del ejercicio evaluativo. Estos son aspectos de la evaluación que quedan bajo el resguardo de la existencia y cumplimiento de TdR adecuados, y que constituyen un área débil y pasible de mejora en el cuerpo de evaluaciones de nuestra investigación, aunque como se verá a continuación la misma parece inscribirse dentro de un patrón común y distintivo que caracteriza a las evaluaciones de la acción humanitaria por el desempeño deficitario de los TdR.

En un ejercicio comparativo con otras meta-evaluaciones se puede señalar, como lo ha hecho Mahecha, un fallo en el principio de honestidad e integridad, no a causa de intención deliberada o de acciones intencionalmente dirigidas a ocultar hallazgos, o a engañar a clientes o interesados, lo que constituiría la “honestidad por defecto”, sino al fallo que se produce en cambio por falta de experiencia del equipo evaluador. Esta falla, a la que Mahecha distingue como “honestidad preventiva”, es evidenciada, sin ser el único indicio, en la ausencia de documentación de acuerdos o TdR, lo cual a su vez deriva en la imposibilidad de prever el mal uso de los resultados, las malas interpretaciones de los datos, los conflictos de intereses, entre otros. (Mahecha, 2007).

También en coincidencia con ésta investigación en la cual los aspectos metodológicos cuentan con un cuidado en su elaboración del que carecen los TdR, otra metaevaluación menciona el buen funcionamiento del órgano encargado del diseño, análisis y selección de propuestas, contrataciones, acompañamiento y dictámenes, que muestran un importante esfuerzo por avanzar en una práctica sistemática y rigurosa de la evaluación en un contexto carente de cultura de la misma, aunque se señalan problemas a superar, como la necesidad de mejorar los TdR. (Cardozo Brum, 2010).

Es interesante señalar también una importante metaevaluación efectuada en 2001 a 41 proyectos de acción humanitaria en la cual 25% de las evaluaciones carecían de términos de referencia, en algunos casos por lo que podía corresponder a un olvido ocasional, pero en otros por decisión política de las agencias comisionantes de no incluirlos, lo que es juzgado como pobre práctica por entender que los TdR proveen los objetivos, perspectivas y expectativas de las agencias comisionantes, a la vez que ayudan al lector a decidir sobre la calidad del informe (ALNAP 2002). Por último, y en lo que parece constituirse como un patrón distintivo de las meta-evaluaciones de la acción humanitaria, en otro importante análisis de 30 informes de evaluación sobre proyectos de acción humanitaria realizados en 2003 y 2004 se menciona que las áreas más pobres resultaban los TdR, y las secciones de los informes a cargo de métodos, práctica y limitaciones de las evaluaciones. (Wiles 2005).

Entre las **limitaciones** impuestas al desarrollo de las evaluaciones se destaca como la más frecuente la falta de datos o de datos fiables, tanto oficiales como por fallas atribuibles a MSF. Otras limitaciones señaladas han sido la escasez de tiempo, la coincidencia de la evaluación con cierre de proyectos, y el intenso recambio de personal expatriado, que al generar cambios operativos dificultó el trabajo de análisis. Vale la pena efectuar la mención de la imposibilidad de efectuar una revisión financiera trans-seccional señalada como la mayor limitación en la evaluación inter-seccional 13, debido a la utilización de diferentes instrumentos contables entre secciones, lo que afecta tanto la posibilidad de realizar una auditoría contable cuanto la credibilidad y transparencia de la organización.

Otras consideraciones respecto a los **presupuestos** es la llamativa falta de información respecto de los mismos en las intervenciones evaluadas, señalada por la matriz de análisis, observándose una tendencia a la mención de cifras globales, con escaso análisis de las líneas de asignación presupuestaria por proyecto, de las desviaciones del presupuesto (sobre o sub-ejecución), y de la estimación del gasto generado por beneficiario asistido. Tampoco se observa ningún desarrollo respecto de los presupuestos necesarios para la realización de las evaluaciones, en lo que parece indicar una vez más la característica distintiva de las evaluaciones de la acción humanitaria que no se efectúan con el propósito de rendir cuentas, y que fallan también en gran medida en su capacidad de brindar elementos orientados al aprendizaje, siendo fundamentalmente orientadas al uso y la utilización.

En relación a la descripción de **contexto** el desempeño parece vincularse al tipo de intervención evaluada; las evaluaciones por desastres naturales y epidemias tienen una muy pobre descripción contextual, con la excepción de la evaluación inter-seccional por la epidemia de cólera en Angola que ofrece una de las mejores descripciones contextuales que abarca datos históricos, sociales, económicos generales y vinculados con el cólera en el país. Las evaluaciones sobre desastres provocados por el hombre suelen incluir una buena descripción de contexto, y las de enfermedades olvidadas resultaron en promedio pobre.

En otras meta-evaluaciones y en coincidencia el análisis de contexto fue considerado bueno o satisfactorio sólo en 35% de los casos, señalando un amplio espacio para la mejora en esta área, no dependiendo de extensas explicaciones sino de información básica que permita

interpretar si la intervención adoptada es la correcta, y ver qué factores externos ayudaron o afectaron su desempeño (ALNAP 2002). En contraste, en la meta-evaluación del año 2004 que incluyó el análisis de 30 informes de evaluación sobre proyectos de acción humanitaria se señala que si bien apenas más de la mitad de los informes fueron considerados como satisfactorios o buenos, hubo un buen desempeño en la descripción del contexto (Wiles 2005)

La **capacitación** es una temática transversal muy atendida por Médicos sin Fronteras, considerada un pilar en el cual se apoya la estrategia de brindar posibilidades de sostenibilidad a los proyectos luego del retiro la organización de los mismos. Las actividades de capacitación descritas en los informes así lo manifiestan, y representan una variada gama que incluye formación de personal de salud, capacitación de líderes, educadores, orientadores y otros actores sociales clave, de promotores de salud en las zonas rurales, y en el otro extremo de los funcionarios de salud en Colombia sobre su propio sistema de salud visto el grado de complejidad burocrática del mismo. El interés de la organización en el tema se refleja también en la inclusión de actividades de capacitación para varios de los proyectos evaluados en el capítulo de recomendaciones.

Tratándose Médicos sin Fronteras de una organización que brinda y utiliza el testimonio de manera habitual en sus operaciones no es sorprendente que las **actividades de lobby** sean un área en la cual se observa un muy buen desempeño, con ejemplos que abarcan las más variadas temáticas, desde la obtención de permisos de aterrizaje para el desembarco rápido de ayuda de emergencia en un desastre natural, hasta la aprobación de protocolos nacionales para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades olvidadas. No caben dudas de que la organización hace una buena utilización política de estas actividades de lobby, en el marco de una acción plenamente imbuida de cuestiones no solo operacionales sino también políticas como es la acción humanitaria. En la metaevaluación de la acción humanitaria de la Coalición de Evaluación del Tsunami (TEC) se señala un deficiente desempeño del lobby por grupos marginalizados y zonas “grises” no atendidos o pasibles de mejor abordaje (Beck 2008).

Posiblemente por la mencionada carencia de datos fiables, y por el hecho de que estas evaluaciones se orientan hacia el uso y utilización de sus resultados y menos a la rendición de

cuentas, no se observa en los informes una atención particular ni un desarrollo profuso de los llamados **Criterios de Evaluación de la Acción Humanitaria**. De todos ellos el que mejor se desempeña es el de cobertura, en vistas de la organización busca no perder de vista que sus actividades sean acordes con las necesidades de las poblaciones vulnerables asistidas, y analiza las posibles extensiones o rectificaciones de los proyectos en este sentido. Respecto de la sostenibilidad se verifica una intención permanente de los equipos de tratar de brindar continuidad a los proyectos posterior al retiro de la organización, aunque las previsiones tienden a señalar que esto no se acompañará de los mejores resultados.

La mayoría de los proyectos evaluados parecen relevantes y pertinentes, pero esta es una afirmación surgida más de una interpretación mediante la lectura de los informes que de elementos que hayan sido precisamente determinados. Algo parecido sucede con los criterios de eficiencia y efectividad, particularmente con la eficiencia observándose que más del 70% de los informes carecen de elementos para su correcta estimación. De manera contrastante una metaevaluación de 30 informes de evaluación sobre proyectos de acción humanitaria realizados en 2003 y 2004 informan un buen desempeño en los criterios de evaluación de la acción humanitaria (Wiles 2005). En cambio otro reconoce carecer de información suficiente para valorar impacto (Cardozo Brum, 2010), al igual que en la presente investigación.

Las **recomendaciones** se encuentran entre las áreas que mejor se desempeñaron en las evaluaciones analizadas, lo que constituye una característica distintiva de las evaluaciones de la acción humanitaria, efectuadas mayoritariamente en tiempo real, y cuya gestión se basa en resultados y se orienta al uso y a la utilización. Pero es necesario señalar el llamativo contraste entre el detallado desarrollo que alcanzan las recomendaciones de las evaluaciones analizadas, las cuales si bien son claras, relevantes e implementables, y provienen de las principales conclusiones, no brindan un orden de prioridad ni un marco temporal para su implementación, y adolecen, al igual que las conclusiones de las evaluaciones analizadas, de una forma sistemática de presentación lo que afecta a la memoria institucional, y secundariamente a la optimización del provecho operativo del ejercicio evaluativo. Por último, no se debe dejar de señalar otro elemento que se puede considerar seriamente deficitario y que será necesario mejorar, ya que son pocas las recomendaciones de las evaluaciones analizadas que sugieren adonde o en quién debería recaer la contraloría de su seguimiento.

En consonancia con este hallazgo otras meta-evaluaciones destacan la preocupación por el grado de incumplimiento total o parcial de las recomendaciones, y la necesidad de poner en marcha mecanismos más completos y rigurosos para darles seguimiento. (Cardozo Brum, 2010). En otra meta-evaluación se señala que 76% de los informes son considerados pobres en el área que señala qué seguimiento se haría a los hallazgos, lo que sugiere que las agencias comisionan evaluaciones sin una idea clara del uso que harán de ellas, o no consideran un potencial seguimiento, o no quieren hacer público que tipo de seguimiento se hará (ALNAP 2002).

En la meta-evaluación conjunta efectuada por la Coalición de Evaluación del Tsunami (TEC), se menciona un buen desempeño de casi todas las secciones de la lista de cotejo del ALNAP, a excepción de lobby y recomendaciones, estas por repetición de recomendaciones efectuadas en muchos otros informes en los últimos años, lo que según un entrevistado significa que el TEC “efectuó el tipo de recomendaciones equivocadas, o al menos que no exploró adecuadamente las limitaciones pasadas para el seguimiento y así asegurarse que las recomendaciones tuvieran una mejor posibilidad de ser implementadas” (Beck 2008).

Es necesario resaltar el hecho de que los juicios del evaluador / equipo de evaluación son productos de una inevitable subjetividad, ya que no se trata de un sujeto neutral, sino por el contrario legítimamente influido por su propia experiencia, historia, formación, ideología, etc., lo cual no entra en contradicción con la responsabilidad ética del evaluador señalada por House y por Lipsey, o con su necesaria habilidad para implicar participativamente a los destinatarios de los hallazgos de las evaluaciones y garantizar así su mejor utilización y provecho. Una evaluación puede estar impregnada por estos elementos provenientes de la subjetividad del evaluador; en todo caso depende del buen diseño de una evaluación, de la robustez de su metodología, o de mecanismos previstos en los TdR para evitar que esta inevitable subjetividad tome forma de sesgos que perjudiquen el producto final del proceso evaluativo.

Acerca de las evaluaciones y su uso es necesario señalar que en el mecanismo de toma de decisiones los aportes de las evaluaciones son sólo uno de los elementos que entran en

juego, ya que también influyen y no deben ser ignorados otros elementos tales como los valores imperantes en el contexto político en que se desarrolla la evaluación, las influencias externas, los hábitos y costumbres de la población, los grupos de presión, la existencia o no de recursos, y las contingencias, todo por lo cual vale destacar que la decisión operativa o política está muchas veces más allá de los alcances de la evaluación.

10.2.1. Percepción personal del proceso de investigación

En el proceso personal de construcción del proyecto de tesis que transcurrió entre los años 2011 y 2014, elegí un tema al que fui fiel desde un primer momento por el cruce interpelante que para mí representan la experiencia humanitaria adquirida durante más de una década de ejercicio profesional, y el proceso evaluativo, este último redimensionado durante la cursada de la maestría. Durante algunas de las misiones humanitarias en las que participé se llevaron adelante evaluaciones, y debo reconocer que, salvo una excepción, mi sensación y la de mis colegas en terreno era de una interferencia en el trabajo del proyecto, sin que hayamos sido participados en las discusiones previas, ni recibido un aporte sustancial a la tarea. Pero esto no me impidió observar y valorar los potenciales beneficios de un ejercicio evaluativo bien realizado, del que también tuve la oportunidad de participar.

Decidí entonces contactar a autoridades directivas de Médicos sin Fronteras para interesarlos en la realización de esta investigación, lo cual tuvo un trámite positivo parcial, ya que obtuve de parte de la organización la autorización los informes de evaluación, pero no hubo posibilidad de obtener los informes de proyecto de las misiones evaluadas, ni de concretar las entrevistas a informantes clave de la organización, lo que se convirtió en una limitación metodológica para la investigación. Las posibles causas por las cuales no se pudieron concretar las entrevistas radican en temas que son abordados en la propia investigación, tales como la alta tasa de rotación de personal, la prioridad que tienen las cuestiones actuales de agenda en la acción humanitaria, o incluso la posible resistencia que una evaluación puede generar. El proceso no se interrumpió, muy por lo contrario, y en su avance me nutrió como investigador de un interesante aprendizaje del que estoy muy agradecido, a la vez que me permitió sistematizar una serie de conocimientos fragmentados.

Situado hoy en el extremo final del proceso, después de haber leído abundantemente sobre el tema, y ocupado con los detalles finales de esta tesis, me reconozco muy gratamente sorprendido con la toma de conocimiento de un artículo muy reciente (Polastro 2014), coetáneo con el final de mi proceso, y que constituye una síntesis altamente específica de temas que atraviesan conceptualmente todo el trabajo de investigación. Se trata del artículo más pertinente para la investigación y para su momento, que está entre los mejores que he leído sobre el tema, y que añade una serie de datos muy actuales, llegando a mi lectura a menos de 10 días de la finalización de mi tesis.

En vistas de que este artículo, titulado *Evaluando la acción humanitaria: tendencias y desafíos actuales*, concentra de manera para mí sorpresiva los aspectos centrales tratados en la investigación, y constituye un invaluable aporte a la misma, decido utilizarlo para cerrar esta discusión creando un “diálogo” entre el artículo y la investigación, recorriendo los ejes centrales de esta última.

Los puntos de contacto entre la investigación y el artículo de Polastro¹⁵ son:

- Los autores citados en común: Borton, Hallam, Bamberger, Beck, Buchanan-Smith, Patton.
- Las organizaciones de evaluación humanitaria citadas en común: ALNAP, OECD-DAC, ODI, HAP.
- Las acciones y evaluaciones humanitarias citadas e incluidas en común:
 - a. Citadas: JEEAR 1996, Kosovo 1999, TEC 2006
 - b. Incluidas en la investigación: Tsunami del Sur Este Asiático 2004, Terremoto en Haití 2010

Los temas mencionados en el artículo, que dialogan con las conclusiones de la investigación antes expresadas, son los siguientes:

¹⁵ La trayectoria del autor: Riccardo Polastro tiene veinte años de experiencia en asuntos humanitarios y ayuda al desarrollo habiendo trabajado en más de setenta contextos para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja, las NU, Agencias de donantes y empresas. Desde el 2001, ha evaluado políticas, partenariados y operaciones humanitarias, impartido clases en varios Masters en Europa, y facilitado talleres de desarrollo profesional en gestión basada por resultados y evaluación. Ha servido como parte del patronato de ALNAP.

- Ante todo la **evaluación** es una herramienta clave de **aprendizaje** que sirve para sacar lecciones con el fin de mejorar políticas y el desempeño de operaciones humanitarias. Si las intervenciones de las organizaciones no se basan sobre un análisis situacional y de la evolución del contexto y los actores presentes no capitalizan las lecciones aprendidas a lo largo de sus intervenciones corren el riesgo de hacer más daño que bien, creando estados de dependencia en las poblaciones que tratan de socorrer y alimentando involuntariamente economías de guerra.
- Desde el principio, la **metodología** debería ser diseñada para asegurar una retroalimentación regular y adecuada para el personal operacional y de gestión en los países. Cuando el equipo de evaluación define los métodos que va a utilizar, debería elegir los que son más apropiados al contexto y que pueden ser entendidos por los gestores en el terreno.
- Evaluar que la respuesta humanitaria en **contextos** inciertos, turbulentos, fluidos e inseguros presenta desafíos más allá de los que se encuentran en situaciones más estables, debido principalmente a cuestiones relacionadas con el acceso, la seguridad y la ausencia de un monitoreo estandarizado y líneas de base comparables sobre la respuesta. Ante tales desafíos hay que ser creativos combinando métodos tradicionales e innovaciones tecnológicas y triangulación activa.
- Para el evaluador, el desafío es entender quien plantea las preguntas principales y quien va a utilizar los hallazgos y las **recomendaciones**. Para que una evaluación sea realmente útil sus hallazgos deben ser comunicados a los posibles usuarios en un modo comprensivo, y el equipo debería priorizar, facilitar métodos reflexivos y participativos para desarrollar y validar las recomendaciones finales con los principales actores en los países afectados. Cuando existe apropiación las recomendaciones pueden ser directamente utilizadas para solucionar problemas operacionales y organizacionales y a más largo plazo influenciar en las políticas del sistema humanitario.
- **Limitaciones:** En situaciones de crisis los **datos** suelen ser parciales y discutibles, difíciles de recolectar debido a los problemas de acceso y seguridad que prevalecen y al tiempo limitado para consultar a la población, y los marcos de **monitoreo** debido a las situaciones de crisis no existen o cuando existen suelen ser pobres.

Durante las crisis la **rotación del personal** en el terreno es muy elevada dada la fuerte presión operacional, la falta de acceso y el deterioro de la seguridad, provocando una importante pérdida de la memoria institucional sobre el contexto, la organización y la misma intervención.

Finalmente en las evaluaciones en situaciones de conflicto, menos datos suelen estar disponibles, los equipos de evaluación deben ser mucho más creativos para paliar las carencias de información de datos. Se recomienda conformar equipos de consultores nacionales de confianza, utilizar los medios tecnológicos disponibles, ser flexibles en el muestreo, resaltar las limitaciones encontradas y triangular sistemáticamente la información recolectada.

10.3 Líneas de trabajo futuras

En vistas de la mejora de la acción de evaluar proyectos de intervención humanitaria, y en consideración de los comentarios finales y del aporte efectuado por el reciente artículo de Polastro, se espera que se produzcan los aportes necesarios para el diseño de un modelo evaluativo que se adapte a la complejidad de una tarea desafiante, instalada en escenarios cambiantes e inestables, atravesados por cuestiones tanto políticas cuanto operacionales.

Para situarnos en este camino no podemos dejar de reiterar la necesidad de garantizar la fiabilidad de datos de difícil obtención, para la emisión de juicios valorativos que sean fundamentados y que aporten a producir recomendaciones útiles y oportunas. Para esto es fundamental la instrumentación de términos de referencia que sirvan como contratos para guiar a todas las partes involucradas en una evaluación, y el fortalecimiento de su metodología mediante la sistemática incorporación de elementos que asistan a triangular la información recabada, y de este modo a incrementar la credibilidad de los productos finales.

Las entrevistas, las discusiones grupales, en tanto herramientas que incrementen la participación y la apropiación de las evaluaciones por parte tanto de beneficiarios cuanto de personal de terreno, a la vez que enriquecen incuestionablemente las posibilidades de un mejor análisis y consecuentemente de una mejor evaluación, deben ser consideradas e incluidas sistemáticamente en todo proceso evaluativo de la acción humanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALNAP Annual Review 2001, Humanitarian Action: Learning from Evaluation, Chapter 3, “Evaluations of humanitarian aid in response to the 1999 Kosovo, Synthesis and Meta-evaluation”, disponible en: <http://www.alnap.org/resource/5184>

ALNAP Annual Review 2002, Meta-Evaluation Section p. 161-190, disponible en www.alnap.org/pool/files/alnap-annual-review-2002.pdf

ALNAP Assessing the quality of humanitarian evaluation – The ALNAP quality proforma 2005 [Internet]. ALNAP; c2005 [citado octubre 2013] disponible en:

<http://www.alnap.org/search/simple.aspx?cx=002503473335972040492%3Atqtul-zyvxq&cof=FORID%3A11&ie=UTF-8&q=quality+proforma+2005&sa=Search>

ALNAP Review of Humanitarian Action. Capacity Building. Mensajes Claves del Informe Anual de la Acción Humanitaria de ANLAP [Internet]. ALNAP; c2004 [citado febrero 2010]. Disponible en: <http://www.alnap.org/pool/files/kms-spanish.pdf>

Araujo Hartz ZM. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 [citado julio 2013];11(3):733-738 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30987.pdf>

Araujo Hartz ZM, Vieira da Silva LM. *Evaluación en Salud*, 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Arcos González P. Castro Delgado R. Del Busto Prado F. Desastres y Salud Pública: un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado julio 2013];76(2):121-132. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076206>

Bamberger M, Rugh J, Church M, Fort L, Shoestring Evaluation: Designing Impact Evaluations under Budget, Time and Data Constraints, *American Journal of Evaluation* 2004 25:5-37, disponible en / Downloaded from aje.sagepub.com at UNLA on November 8, 2013

Bastos JA. Evaluating Humanitarian Action in Conflicts: a Critique to Current Practice [tesis de maestría] London: Masters of Science in Public Health in Developing Countries, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1999.

Beck T. Evaluating humanitarian action using the OECD-DAC criteria: An ALNAP guide for humanitarian agencies. Overseas Development Institute. [Internet] London; c2006 [citado Julio 2013]. Disponible en: <http://www.alnap.org/resource/5253.aspx> (download full report)

Beck T, Buchanan-Smith M, Joint evaluations coming of age? The quality and future scope of joint evaluations, ALNAP's 7th Review of Humanitarian Action, 2008, Chapter 3:83-146, disponible en: <http://www.alnap.org/resource/5232>

Birnbaum M. Sundnes K. Health Disaster Management: Guidelines for Evaluation and Research in the Utstein Style: Executive Summary [Internet]. Task Force on Quality Control of Disaster Management; c2001 [citado Julio 2009]. Disponible en: http://www.laerdalfoundation.org/dok/Health_Disaste_%20Management.pdf

Bissell RA. Delayed-impact infectious disease after a natural disaster. Journal of Emergency Medicine [Internet]. 1983 [citado julio 2013];1:59-66. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6436364> (Abstract)

Borton J. The Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda (JEEAR). Humanitarian Exchange Magazine [Internet]. 2004 [citado julio 2013];Issue 26. Disponible en: <https://www1.oecd.org/derec/sweden/50189495.pdf>

Canziani OF. La Problemática del Calentamiento Terrestre: el Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático [Internet]. 2004 [citado julio 2009]. Disponible en: <http://www.ecoportal.net/content/view/full/25012>

Cardozo Brum M, Sistematización de la Experiencia de Evaluación de Evalúa DF en 2008 (metaevaluación y autoanálisis), Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal, Evalúa DF, Informe Final, México, DF, Junio de 2010.

CEPAL. Políticas públicas para la reducción de la vulnerabilidad frente a los desastres naturales y socio-naturales. Serie Medio Ambiente y Desarrollo [Internet]. 2002 [citado julio 2013]. N° 50. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/10561/lcl1723e_1.pdf

CEPAL. Elementos conceptuales para la prevención y reducción de daños originados por amenazas socio-naturales. Cuatro experiencias en América Latina y el Caribe [Internet]. 2005 [citado julio 2013]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/23711/lcg2272e.pdf>

Céspedes Mora VM. Los desastres, la información y el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Acimed. [Internet]. Cuba; c2007 [citado julio 2009];16(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol16_2_07/aci06807.html

Díaz LF. La meta-evaluación y su método. Revista de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica [Internet]. 2001 [citado agosto 2013];II-III(93-92);171-192. Disponible en: <http://revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/92-93/13-.pdf>

Díaz LF. Rosales RG. Meta-evaluación: evaluación de la evaluación de políticas, programas y proyectos sociales [Internet]. Costa Rica; c2003 [citado agosto 2013];1ªed, EUNED Editorial Universidad Estatal a Distancia. Disponible en: http://books.google.com.ar/books?id=EZBv7ye-U_wC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Luis+Fernando+D%C3%ADaz+Jim%C3%A9nez%22&cd=1#v=onepage&q=&f=false

Diccionario Real Academia Española (RAE), Vigésima Segunda Edición [Internet]. 2013 [citado agosto 2013]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

Di Virgilio MM. Solano R. Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales [Internet]. Buenos Aires; c2012 [citado julio 2013]; CIPPEC y UNICEF. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf

Doval H. Epidemiología de las emergencias humanitarias para no epidemiólogos: lecciones aprendidas en la última década. Revista Argentina de Cardiología [Internet]. c2006 [citado

julio 2013];74(1);88-94. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482006000100020

EMDM, European Master in Disaster Medicine [Internet]. c2013 [citado julio 2013].
 Disponible en:<http://www.dismedmaster.org/>

García Sánchez E. Metaevaluación. Ficha técnica. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social [Internet] Ed. Plaza y Valdés. Universidad Carlos III de Madrid. Madrid-México c2009a [citado julio 2013]. Disponible en:
<http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/M/metaevaluacion.htm>

García Sánchez E. Meta-evaluación de políticas públicas: una visión desde la ciencia política. Revista del CLAD Reforma y Democracia [Internet]. Caracas, Venezuela c2009b [citado septiembre 2012]N°43. Disponible en: http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/10016/10878/1/metaevaluacion_garcia_RYD_2009.pdf

González Quijano H. Hernández Núñez A. Modulación de alerta temprana y respuesta rápida territorial para la atención médica integral en casos de desastres. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet] c2004 [citado Julio 2013];33(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_2_04/mil07204.html

Hallam A. Evaluating humanitarian assistance programs in complex emergencies [Internet]. Overseas Development Institute (ODI). Relief and Rehabilitation Network, 7th Good Practice Review (GPR). London c1998 [citado julio 2013]. Disponible en:
<http://www.odihpn.org/hpn-resources/good-practice-reviews/evaluating-humanitarian-assistance-programmes-in-complex-emergencies>

Hofmann CA. Measuring the impact of humanitarian aid, a review of current practice [Internet]. Overseas Development Institute (ODI). Humanitarian Policy Group (HPG). London c2004 [citado julio 2013] Research Briefing N° 15. Disponible en:
<http://www.odi.org.uk/resources/download/269.pdf>

Hotez PJ. et al Control of neglected tropical diseases. N Engl J Med. [Internet]. 2007 [citado agosto 2013];357:1018-27. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra064142>

IFRC Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, su sigla en inglés. Peligros biológicos: epidemias. [Internet] IFRC; c2013 [citado 27 julio 2013]. Disponible en: <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/definicion--de-peligro/tipologia-del-peligro/>

Letichevsky AC. Marley Vellasco MM. Tanscheit R. Castro Souza. R. La Categoría Precisión en la Meta-evaluación: Aspectos Prácticos y Teóricos en un Nuevo Enfoque. Ensayo: aval. pol. públ. Educ. [Internet]. Rio de Janeiro; 2005 [citado septiembre 2012];13(47):255-268. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v13n47/v13n47a08.pdf>

Mahecha Rodríguez JA, Una experiencia en meta-evaluación de programas [tesis de maestría] Centro de Investigación y Formación en Educación CIFE, Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia, 2007

Ministerio de Educación Panamá. Conferencia Internacional para la Reducción del Riesgo de Desastres en el Sector Educativo en América Latina y el Caribe [Internet]. Panamá 2011 [citado julio 2013]. Disponible en: <http://www.educapanama.edu.pa/pagina/conferencia-internacional-para-la-reduccion-del-riesgo-de-desastres-en-el-sector-educativo-en>

Ministerio de Salud del Paraguay, OPS, UNFPA. Modelo Nacional de Educación Permanente en Salud [Internet]. 2007 [citado julio 2013]. Disponible en: http://www.google.com.ar/search?/complete/search?client=hp&hl=es&gs_rn=17&gs_ri=hp&cp=103&gs_id=3&xhr=t&q=Ministerio%20de%20Salud%20del%20Paraguay%2C%20PS%2C%20UNFPA%2C%202007%20-%20Modelo%20Nacional%20de%20Educa%C3%B3n%20Permanente%20en%20Salud.%20&ech=1&psi=mwreUbGPOOWliQLup4CADg.1373506206913.1&emsg=NCSR&noj=1&ei=mwreUbGPOOWliQLup4CADg

Morris M, The Good, the Bad, and the Evaluator: 25 Years of AJE Ethics, *American Journal of Evaluation* 2011 32:134-151, disponible en / Downloaded from aje.sagepub.com at UNLA on November 8, 2013

Niremberg O. Browerman J. Ruiz V. Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Paidós; 2007.

OMS. Seis enfermedades causan el 90% de las defunciones por enfermedades infecciosas. Informe sobre las enfermedades infecciosas [Internet]. c1999a [citado agosto 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch2text.html>

OMS. Protocolos de evaluación sanitaria rápida en situaciones de emergencia [Internet]. c1999b [citado julio 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=3&codcol=15&codcch=463>

OMS. Control of neglected tropical diseases [Internet]. c2009a [citado noviembre 2009]. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/en/

OMS. Epidemias mundiales e impacto del cólera [Internet]. c2009b [citado julio 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html>

OMS. Neglected Tropical Diseases: The 17 Neglected Tropical Diseases [Internet]. c2013 [citado julio 2013]. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/

OPS. Guías de Evaluación de los Preparativos para Desastres en el Sector de la Salud [Internet]. c1995 [citado julio 2013]. Disponible en: <http://helid.digicollection.org/en/d/J061/1.html>

OPS. Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastre [Internet] Organización Panamericana de la Salud. Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre; c2004 [citado julio 2013]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/CD-GDWQ/Biblioteca/Manuales_Guias_LibrosDW/Desastres_emergencias/s8251s.pdf

OPS. Enfermedades parasíticas y desatendidas: El Programa Regional de la OPS [Internet]. c2009 [citado agosto 2013]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/psit-program-page.htm>

OPS Enfermedades Infecciosas Desatendidas [Internet]. c2012 [citado agosto 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=903&Itemid=1103&lang=es

OPS Notas descriptivas sobre las enfermedades desatendidas [Internet]. c2013 [citado julio 2013]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5753&Itemid=4141

Polastro R, Evaluando la acción humanitaria: tendencias y desafíos actuales, *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas* 2014 3:189-220. [citado diciembre 2014] Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaREPPP-2014-3-7070&dsID=Documento.pdf>

Reynolds CA. Metaevaluation of NGO Evaluations conducted under the AusAID NGO Cooperation Program [Internet]. c2006 Paper [citado Julio 2013]. Disponible en: http://www.ausaid.gov.au/Publications/Documents/ngo_eval.pdf

Roberts L. Hofmann CA. Assessing the impact of humanitarian assistance in the health sector. *Emerging Themes in Epidemiology* [Internet]. c2004 [citado Julio 2009];1:3. Disponible en: www.ete-online.com/content/1/1/3

Samaja J. Matrices de datos: Presupuestos básicos del método científico. En: *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA; 2003.

Santos Guerra MA. Metaevaluación: rigor, mejora, ética y aprendizaje [Internet]. En Jiménez, Madrid: Síntesis. 1999. La metaevaluación y su método, Díaz L.F. 2001. [Citado septiembre 2012] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/153/15309314.pdf>

Scriven M. Evaluating Evaluations: A Meta-Evaluation Check-List. [Internet] c2011 [citado julio 2013] 6th Ed, Draft. Disponible en: http://michaelscriven.info/images/EVALUATING_EVALUATIONS_8.16.11.pdf

Solidaritat. La tragedia del sudeste asiático. [Internet]. Solidaritat [citado noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.solidaritat.ub.edu/observatori/esp/dossiers/tsunami/tsunami.htm>

Souza Minayo MC. Ferreira Deslandes S. Cruz Neto O. Gomes R. Investigación Social: Teoría, Método y Creatividad. 2^oed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

Souza Minayo MC. Gonçalves de Asis S. Ramos de Souza E. Evaluación por triangulación de método. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.

Stufflebeam D. Meta-Evaluation. Paper N° 3. Occasional Paper Series. [Internet] 1974. [citado julio 2013]. Disponible en: <https://www.globalhivmeinfo.org/CapacityBuilding/Occasional%20Papers/03%20Meta-Evaluation.pdf>

Stufflebeam D. Program Evaluations Metaevaluation Checklist (Based on *The Program Evaluation Standards*). [Internet] Western Michigan University Evaluation Center, c1999 [citado septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/metaevaluation/>

Stufflebeam D. The Metaevaluation Imperative. [Internet] Western Michigan University, c 2011, March 16. [citado septiembre 2012]. Disponible en: http://www.wmich.edu/evalphd/wp-content/uploads/2011/02/The_Metaevaluation_Imperative.pdf

Szmoisz S Epidemiología y los desastres. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires [Internet] Buenos Aires, c1986 (Abstract) [citado julio 2013]. Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=DESASTRES&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=8105&indexSearch=ID>

Temporetti E. Gastón T. Bolognino M. Evaluación de Proyectos Sociales y de Educación: Lecciones aprendidas a partir de la Ejecución del Proyector Pictor. Provincia de Córdoba. Sociedad Argentina de Estudios Comparados en Educación. [Internet] c2005 [citado agosto 2009]. Disponible en: <http://www.saece.org.ar/docs/congreso1/Temporetti.doc>

UNFPA. Conjunto de Herramientas de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Administrador de Programas. Herramienta N° 2, Definición de Evaluación. [Internet]. c2004 [citado julio 2009]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/monitoring/toolkit/spanish/tool2-spanish.doc>

USAID/OFDA. Guerra vs desastres: ¿dos caras de una misma moneda? [Internet]. c1994 [citado julio 2009]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/guerravs/guerravs.shtml>

Watson JT. Gayer M. Connolly MA. Epidemics after natural disasters. Emergency Infectious Diseases [Internet]. 2007 [citado Julio 2009];13(1). Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/13/1/1.htm>

Wiles P. Metaevaluation: ALNAP Review of Humanitarian Action in 2004 [Internet]. 2005 [citado septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.alnap.org/resources/evaluation/quality.aspx>

Worldbank. La AIF en acción: Haití. Sistema nacional de gestión de desastres sortea tormentas para salvar vidas [Internet] 2011. [citado julio 2013]. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACI/NSPANISHEXT/0,,contentMDK:21393361~menuPK:583999~pagePK:2865106~piPK:2865128~theSitePK:489669,00.html>

6. Declaro que no incumplo con obligaciones asumidas en subsidios otorgados en relación a la Obra.

7. Declaro que la Obra no está siendo evaluada para su protección por patentes de invención o por alguna institución de propiedad industrial.

8. Acepto que la publicación electrónica implica la pérdida del carácter de inédita de la Obra.

9. Autorizo la publicación de la Obra:

En texto completo

10. Autorizo la publicación de la Obra completa o parcial transcurrido:

a partir de su aprobación.

11. Si la autorización es para el texto en forma parcial, indicar capítulos y apartados:

Aclaraciones:

- Las Obras no autorizadas para ser publicadas en texto completo, serán difundidas en la **Colección Digital de Trabajos finales de Posgrado** mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala en su versión completa, en la Biblioteca Rodolfo Puiggrós".
- En caso de tratarse de una obra en coautoría, deben suscribir el presente **todos** los autores.
- Las autorizaciones a las que se refiere el punto 5 no son necesarias cuando se aplican excepciones legales como el Derecho de cita, el uso de textos oficiales, noticias e informaciones de prensa.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

Autorizo a publicar mi dirección de email danielrubens@yahoo.com
en la portada de mi Trabajo Final de Posgrado

Datos adicionales

Datos del Autor:

Nombre y apellido completos: Daniel Rubens

Teléfono. 54-223-4489152

Email: danielrubens@yahoo.com

Nombre de la Maestría UNLa: Maestría en Epidemiología Gestión
y Políticas de Salud

Datos del Trabajo Final de Posgrado:

Título completo del trabajo: Análisis de las evaluaciones
efectuadas a las intervenciones médico-humanitarias ejecutadas por
Médicos sin Fronteras, en respuesta a epidemias, desastres y
enfermedades olvidadas, en el periodo 2005 - 2010

Nombre del Director: Magister María Eugenia Brisson

Fecha de defensa: 15/7/15

Nombre y apellido de los Miembros del Jurado: Bioquímico
Juan Carlos Bossio, Magister Osvaldo Rico Cordeiro, Magister
Alejandro Moyano

Firma:

Aclaración:

Fecha:

APÉNDICE A - MATRIZ DE ANÁLISIS

Unidad de Análisis: Informes de evaluaciones realizadas de las intervenciones sanitarias (medico-humanitaria) efectuadas a nivel mundial por Médicos sin Fronteras – Célula Operacional Barcelona Atenas (MSF-OCBA) en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, en el periodo 2005 a 2010.

DIMENSION EVALUADA	ASPECTOS EVALUADOS	EXPLICACION
INTERVENCIONES	Tipo de intervención evaluada	Epidemia, desastre, enfermedad olvidada
	Duración de la intervención	- Duración (en semanas o meses) de la intervención, al momento de la evaluación
	Presupuesto de la intervención	- Costos de la intervención - Origen de la financiación de estos costos - Adecuación al presupuesto estimado según plan de acción; motivos de discordancia, si hubiera
	Descripción general de la intervención	Motivo de la intervención en sí, previa consideración de la evaluación posterior de la intervención
	Marco conceptual o concepción global sobre la que se basa la intervención	Relación entre intervención propiamente dicha y resultados/objetivos/propósitos a alcanzar. a) Descripta, b) Poco desarrollada, c) Ausente, d) Otra
	Dimensiones o componentes de la intervención	Grandes líneas de la intervención: Asistencia sanitaria; provisión de medicamentos, materiales y equipamiento; construcción de infraestructura; capacitación de recursos humanos; elaboración de material instructivo, etc.
	Variables, indicadores e instrumentos de medición y de análisis de las observaciones de la intervención	- Método epidemiológico utilizado en la ponderación y el análisis de la situación sanitaria evaluada - Aplicación de herramientas de análisis (estadístico) para describir frecuencias, establecer asociaciones, realizar estimaciones según resultados de intervención, y para determinar la significación estadística de las observaciones realizadas
INTERVENCIONES & EVALUACIONES	Fuentes de donde se conseguirá la información	- Interna (informes de MSF) - Externa (MinSal, otras dependencias gubernamentales, UN, ONG's, proveedores privados de salud, beneficiarios, otras)
EVALUACIONES	Tipo de evaluación	- Inicial, de proceso, posterior - Interna, externa, mixta - Otros (a definir)
	Propósito de la evaluación, en función de para quiénes se evalúa.	a) Determinar curso de la intervención, b) orientar estrategia de cierre, c) orientar futuras intervenciones similares, d) informar a donantes, e) publicar, f) justificar decisiones tomadas, g) conseguir financiamiento adicional, h) para optimizar la asignación de recursos, etc.
	Objetivos general y específicos de la evaluación	- Conocer la percepción de los beneficiarios: accesibilidad a la intervención, aceptabilidad de la intervención; - Identificar el grado de adherencia a tratamientos instaurados, el respeto a la privacidad, y otras consideraciones éticas - Determinar grado de cobertura de la intervención - Describir relaciones de trabajo, calidad de gestión, cumplimiento del standard MSF, relación recursos – necesidades (humano, material, financiero), etc.

Abordaje metodológico de la evaluación	a) Cuantitativo b) Cualitativo c) Por triangulación de métodos
Duración de la evaluación	- Duración (en días) de la evaluación - Adecuación (tiempo estimado x TdR). Motivos de discordancia, si hubiera - Fecha de la evaluación
Evaluador	- Identificación del evaluador / evaluadores - Calificación y experiencia del evaluador principal - Organización de pertenencia del evaluador (para evaluaciones externas)
Coordinación sede-terreno	- Consenso entre sede y terreno (decisorio, metodológico, sobre Términos de Referencia, etc.) - Intervención de personal de terreno en la evaluación (diseño, informante clave, talleres, monitoreo, etc.)
Resultados principales	Síntesis de principales resultados
Recomendaciones	Síntesis de recomendaciones
Acciones tomadas según recomendaciones de la evaluación	a) Rectificación de la planificación del proyecto en curso b) Modificaciones de la planificación de futuros proyectos c) Actualización de protocolos temáticos de intervención
Monitoreo	Mecanismos de monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones efectuadas en la evaluación
Otros	Aspectos generales de cada evaluación no considerados en los aspectos evaluados en la matriz

Definición de términos¹:

Términos de Referencia (TdR): documento marco que resume las condiciones y características de la evaluación a ser efectuada, normalmente confeccionado en consenso entre personal de sede relacionado con la intervención a evaluar, personal de terreno afectado a la intervención, y el propio evaluador.

Cobertura: proporción de la población que se benefició efectivamente de la intervención; la cobertura potencial puede no corresponderse con la cobertura real de la intervención, en cuyo caso se aclarará la discordancia y motivos

Accesibilidad: relación entre los recursos de poder de los beneficiarios y los obstáculos colocados por los servicios de salud, determinada fundamentalmente por la distribución geográfica de los centros de salud afectados a la intervención. También interviene bajo esta definición (y bajo la de cobertura) las dificultades que ciertos grupos al interior de la población puedan tener en acceder a los servicios (ej. minorías étnicas, mujeres, poblaciones nómades, etc.).

Adherencia: también llamada observancia, es el nivel de cumplimiento del régimen terapéutico prescripto, que normalmente es alta en el contexto de una intervención por epidemia por supervisión directa del mismo.

Información: se refiere a la información brindada por los informes de intervención propios de la organización, pero también a las historias clínicas y los registros de pacientes asistidos brindados por los centros de salud con datos de morbilidad y mortalidad, certificados de defunción de pacientes fallecidos, e información agregada brindada por Ministerio de Salud (regional o nacional) para una eventual comparación con zonas no cubiertas por la intervención, entre otros (ver texto página 7).

¹ Se definen aquí los términos que no estén definidos ya en la matriz, o en el texto del proyecto.

APENDICE B

Entrevistas a informantes claves dirigida a evaluadores -internos o externos- a cargo de las evaluaciones incluidas en la presente investigación: pautas generales

El entrevistador deberá introducir brevemente al entrevistado o informante clave en:

- **I- Aspectos centrales del trabajo de tesis (título, objetivo y metodología; acuerdos institucionales)**

Título

Meta-evaluación de las evaluaciones realizadas de las intervenciones sanitarias (medico-humanitarias) efectuadas a nivel mundial por Médicos sin Fronteras en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, abarcando el periodo de 7 años del 2005 al 2011.

Objetivo y metodología

La investigación en curso es una meta-evaluación de carácter cualitativo, descriptivo, analítico-interpretativo, y ex-post del contenido, diseño, proceso y resultado de 15 evaluaciones a que fueran sometidos los proyectos de intervención sanitarios en respuesta a epidemias (3), desastres naturales (2) y provocados por el hombre (6), y enfermedades olvidadas (4) operados por MSF-OCBA en el período considerado. Se utilizará una matriz de análisis que incorporará los datos de los informes de evaluación, integrando y comparando una serie de variables referidas a las evaluaciones y a las intervenciones evaluadas. También se procederá a la interpretación de los textos de las evaluaciones mediante una combinación de elementos de los métodos hermenéutico y de análisis de contenido. Las entrevistas a informantes clave se realizan con el propósito de complementar la información obtenida de los documentos antes mencionados. Los informantes clave identificados son a) los evaluadores, b) los interventores de terreno (coordinadores general, médico y de terreno), y c) los profesionales de departamento médico y de la célula operacional en sede, que hayan estado involucrados con las evaluaciones investigadas.

Acuerdos institucionales

La realización de la presente investigación se efectúa en coordinación entre el Investigador y el Director del Departamento Médico de MSF-OCBA

- **II- Objetivo general de las entrevistas**

Obtener información desde la perspectiva de los distintos informantes claves para complementar la información obtenida de documentos y registros oficiales con el fin de enriquecer y profundizar la descripción y análisis del proceso de evaluación: diseño, instrumentos, aspectos operativos esenciales, principales actores y posicionamientos, así como los factores potenciales de facilitación u obstaculización de los ejercicios evaluativos y la utilización de los informes/recomendaciones de evaluación.

*En el caso de los **evaluadores -internos o externos-** el énfasis de la entrevista estará puesto en la obtención de datos e información sobre:*

- a) *formación, experiencia, reclutamiento y papel desempeñado en los ejercicios evaluativos, y su percepción acerca de los mismos (sección 1).*
- b) *los términos de referencia de las evaluaciones, la constitución del equipo evaluador, la coordinación con personal de sede y/o terreno, y el diseño de la evaluación y desarrollo, confección y utilización de diferentes instrumentos necesarios para su implementación (secciones 2 a 5).*
- c) *el trabajo en terreno y la financiación para la ejecución de la evaluación (secciones 6 y 7)*
- d) *la elaboración del informe final, y el aporte que brindan las evaluaciones al proceso de aprendizaje personal e institucional (secciones 8 y 9)*

▪ **III- Tratamiento que se le dará a los datos e información.**

La información brindada por el entrevistado será tratada salvaguardando la confidencialidad de las fuentes y cumpliendo con los requisitos formales, que cubren aspectos estadísticos y/ o éticos, según un acuerdo ya establecido entre el Investigador y el Director del Departamento Médico de MSF-OCBA.

▪ **IV- Aspectos generales de la entrevista y cuestionario.**

Número de Secciones: 9

Secciones
1- Perfil y experiencia del evaluador/miembro del equipo de evaluación
2- Términos de referencia (TdR) de la evaluación
3- Constitución del equipo evaluador
4- Coordinación entre los actores involucrados en la evaluación
5- Diseño de la evaluación y elaboración de instrumentos de recolección, sistematización, procesamiento y presentación de datos e información
6- Trabajo en terreno
7- Financiación de la evaluación: la fuente, elaboración, asignación y control presupuestarios
8- Elaboración del informe final
9- Mecanismos de gestión del conocimiento y de rendición de cuentas previstos por la evaluación

Al iniciar la entrevista, el entrevistador deberá completar los **datos** siguientes datos acerca del/la entrevistado/a y la entrevista:

Nombre (completo)

Cargo desempeñado: Evaluador interno -perteneciente a MSF-OCBA- o externo -perteneciente a Epicentre, a otra organización, o consultor independiente- (especificar por completo)

Datos de Contacto (email y teléfono)

Fecha/s de la entrevista:

Método de registro de la entrevista (email, grabación, teleconferencia, etc.)

Tiempo promedio estimado para completar la entrevista (establecido en horas y minutos)

Instructivo y definición de términos:

- A. La presente entrevista se ha diseñado con preguntas de selección, de modo de simplificar el cuestionario para los entrevistados, y facilitar la tabulación de datos y su posterior análisis. Por esto se solicita a los entrevistados marcar con una “X” la/las respuesta/s correcta/s (se han identificado en el texto las preguntas en las que se puede marcar más de una opción), y especificar o explicar con agregados o comentarios donde así corresponda.
- B. El informante clave ha sido seleccionado por su participación en una de las evaluaciones incluidas en la presente investigación, pero puede haber participado previamente en otras evaluaciones a proyectos médico-humanitarios de MSF (OCBA u otras secciones operacionales), u otras organizaciones humanitarias, incluidas o no en la investigación. Por este motivo, se solicita al entrevistado completar la **Tabla I** (Sección 1, Pregunta 1.2.2), que permite identificar y describir las otras evaluaciones en las cuales el entrevistado haya participado. La identificación mediante las siglas sucesivas E1, E2, E3, etc. permitirá incluir en las siguientes preguntas datos sobre las mismas evaluaciones previas (encabezados éstos con las siglas respectivas), lo que brindará más elementos de análisis para la investigación.
- C. Cualquiera de las otras preguntas del presente cuestionario pueden incluir información o referencias de otras evaluaciones a proyectos médico-humanitarios de MSF (OCBA u otras secciones operacionales) en las cuales el entrevistado haya participado. Identifique por favor a las mismas con las siglas E (y el número correspondiente) según se trate de una evaluación en particular ya mencionada en la **Tabla I**.
- D. En la Sección 2 los **Términos de Referencia** (TdR) son entendidos como el “marco que encuadra los aspectos teóricos y operacionales de los cuales derivarán las actividades de la evaluación, y los elementos de coordinación entre los actores vinculados a la evaluación”. Se trata a la vez de un concepto y de un documento guía por escrito y acordado entre todos los actores de la evaluación. En caso de disenso entre los participantes de la redacción de los TdR se solicita al entrevistado completar la **Tabla II** (Sección 2, Pregunta 2.2.2.), que permite describir los motivos de disenso y los mecanismos de acuerdo encontrados entre las partes.
- E. En la Sección 3 se entenderá por **Criterio** a la “condición o regla que permite realizar una elección, lo que implica que sobre el mismo se pueda basar una decisión o un juicio de valor”.
- F. En la Sección 4 se entiende por **Coordinación** a la “reunión de medios y esfuerzos para la realización de una tarea o acción común”.
- G. En la Sección 5 se entenderá por **Diseño** de la evaluación al “proceso de producción de un nuevo objeto o medio de comunicación, que requiere consideraciones funcionales y estéticas, mediante fases de investigación, análisis, modelado, ajustes y adaptaciones previas a la producción definitiva del objeto”.
- H. De manera general, se espera que los evaluadores aporten información en relación a la capacidad que tienen las evaluaciones de describir la participación de personas involucradas, la distribución de responsabilidades, los mecanismos de supervisión, asesoramiento y apoyo, el cumplimiento de pautas y tiempos, etc.
- I. Finalmente, pueden agregarse comentarios personales al entrevistador. Por ejemplo: a) incluir impresiones sobre grado de verosimilitud y/o confiabilidad de la presente entrevista; b) colaboración e interés en el tema del entrevistado; c) conveniencia o acuerdo para realizar nueva entrevista, aclarando motivo para ello; etc.

El entrevistador solicita a los informantes clave seleccionados tengan a bien responder, con el mayor grado de precisión posible, las preguntas del cuestionario.

Entrevistas a informantes claves dirigida a evaluadores -internos o externos- a cargo de las evaluaciones incluidas en la presente investigación: Cuestionario

Secciones y preguntas

Sección 1. Perfil de formación y experiencia del Evaluador y/o Equipo de Evaluación.

1.1) Perfil de formación: Especifique la respuesta que corresponde su grado de formación específica y/o postgrado en materia de evaluaciones.

- 1.1.1) Diplomado en Evaluación de proyectos de cooperación, humanitarios, y/o similar
- 1.1.2) Master en Evaluación de proyectos cooperación, humanitarios, y/o similar
- 1.1.3) Diplomado en Master en Salud Pública y/o similar
- 1.1.4) Otro: Especifique:

1.2) Perfil de Experiencia del Evaluador.

- 1.2.1) Sin experiencia previa en evaluaciones
- 1.2.2) Con experiencia previa en evaluaciones

¿En cuáles evaluaciones de intervenciones humanitarias de MSF (u otras) ha participado? Por favor detalle las áreas temáticas según sean desastres, epidemias, enfermedades olvidadas, u otras, lugar y el período en que las realizó. Descríbalas sintéticamente. Para cada una de ellas, mencione si su participación ha sido como evaluador interno o externo y como evaluador único o como miembro de un equipo de evaluación. Utilícese para ello la **Tabla I**

Tabla I - Evaluaciones de intervenciones humanitarias de MSF (u otras) en que el entrevistado haya participado													
Año	Lugar	Tema				Titulo	Descripción sintética	Participación como evaluador					
		D	E	E.O	Otro			Ext	Int	Único	Miembro equipo		
						E1:							
						E2:							
						E3:							
						E4: etc.							

En la **Tabla I**, en "Tema" marcar con una X la opción que corresponda: desastres (D), epidemias (E), enfermedades olvidadas (E.O.) u Otro (especificar). En "Participación como evaluador" marcar con una X la opción que corresponda: Externo (Ext) o Interno (Int), y evaluador único o miembro de equipo evaluador. En caso de evaluador externo especificar organismo al que pertenece. Expandir las celdas de la tabla según necesidad, detallar organización de la intervención evaluada (MSF u otras), y añadir comentarios si hubiera. Ver más detalles en "Instructivo y definición de términos", página 3.

1.3) Formación y Experiencia temática del evaluador (puede marcarse más de 1 opción)

- 1.3.1) Con conocimiento / experiencia previa con la temática evaluada
 - 1.3.1.1) Conocimiento académico (Master, Diploma, otros)
 - 1.3.1.2) Conocimiento por experiencia adquirida en actividades de terreno
 - 1.3.1.3) Otros, especificar
- 1.3.2) Sin conocimiento / experiencia previa con la temática evaluada

1.4) Reclutamiento para la realización de la presente evaluación

- 1.4.1) Evaluador reclutado en el terreno
- 1.4.2) Evaluador reclutado en la sede
- 1.4.3) Evaluador convocado de otra sección (especificar)
- 1.4.4) Evaluador convocado de otra organización (especificar)

Sección 2. Términos de referencia (TdR) de la evaluación

2.1) Participación en la redacción de los TdR

- 2.1.1) A cargo sólo del evaluador
- 2.1.2) A cargo del evaluador y de personal de sede
- 2.1.3) A cargo del evaluador y de personal de terreno
- 2.1.4) A cargo del evaluador y de personal de sede y de terreno
- 2.1.5) Otro: Especifique:

2.2) Acuerdos (consenso / disenso) en la redacción de los TdR

- 2.2.1) Hubo acuerdo (consenso) de todos los involucrados (evaluador, sede y terreno)
- 2.2.2) No hubo acuerdo (disenso) de todos los involucrados (evaluador, sede y terreno)

En caso de disenso/s, aunque fueran menores, por favor descríbalos, detalle sus motivos, y explique cómo fueron resueltos. Utilícese para ello la **Tabla II**.

Tabla II – Motivos de disenso en la redacción de los TdR y mecanismos de acuerdo		
E1	Motivos de disenso	Mecanismo de resolución y/o acuerdo, cuando lo hubiere
1		
2		
3		

Cópiese por favor la **Tabla II** (como Tabla II-b) para describir, según la experiencia del entrevistado, disensos y mecanismos de resolución en la redacción de TdR de otras intervenciones evaluadas con anterioridad o posterioridad a la presente (E1, E2, E3, etc.). Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 3.

Sección 3. Constitución del equipo evaluador

3.1) En la/s evaluación/es a su cargo, ¿en base a qué criterios se conformó el equipo evaluador? (puede marcarse más de 1 opción - Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 3.)

- 3.1.1) Conocimiento temático
- 3.1.2) Experiencia práctica / de terreno
- 3.1.3) Distribución de áreas específicas a ser evaluadas (equipo)
- 3.1.4) Disponibilidad
- 3.1.5) Proximidad: Presencia en terreno o cercanía
- 3.1.6) Otro: Especifique:

3.2) ¿Cómo se asignaron las responsabilidades entre sus integrantes?

- 3.2.1) Conocimiento temático
- 3.2.2) Aspectos técnicos y políticos
- 3.2.3) Distribución proporcional de la carga de tareas
- 3.2.4) Otros: Especifique:

Sección 4. Coordinación entre los actores involucrados en la evaluación

4.1) La coordinación con el personal de sede y el personal interventor de terreno involucrado en la evaluación resultó (Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 3):

- 4.1.1) Muy buena
- 4.1.2) Buena
- 4.1.3) Regular

4.1.4) Mala

Comentarios:

4.2) ¿Hubo designación previa de los responsables de dicha coordinación (por ejemplo en los TdR)?

4.2.1) Si

4.2.2) No

4.3) ¿Se cumplió adecuadamente dicha coordinación?

4.3.1) Si

4.3.2) No

Comentarios: propuestas para el mejoramiento de la coordinación

4.4) ¿Quién estuvo de hecho a cargo de dicha coordinación?

4.4.1) El evaluador / equipo evaluador

4.4.2) Personal de sede

4.4.3) Personal de terreno

4.4.4) Otro: Especifique

Sección 5. Diseño de la evaluación y elaboración de instrumentos de recolección, sistematización, procesamiento y presentación de datos e información (Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 3).

5.1) ¿Quién estuvo a cargo del diseño de la evaluación, y de la elaboración de los instrumentos de recolección de datos?

5.1.1) El evaluador / el equipo evaluador

5.1.2) El personal de sede

5.1.3) El personal de terreno

5.1.4) Otro: Especifique combinación y colaboración entre los arriba mencionados u otros, comente

5.2) ¿Cuál fue la metodología propuesta para la realización de la evaluación?

5.2.1) Cuantitativa

5.2.2) Cualitativa

5.2.3) Cualitativa-cuantitativa

5.2.4) Otro: Especifique, comente:

5.2)1. ¿Cómo se sistematizaron y procesaron las principales salidas de la explotación de los datos?
(puede marcarse más de 1 opción)

5.3.1) Procesador de texto

5.3.2) Análisis de entrevistas

5.3.3) Tabulación manual de datos

5.3.4) Base de datos electrónica (defina nombre)

5.3.5) Otro: Especifique:

5.3) ¿En qué documentos se plasmaron? (puede marcarse más de 1 opción)

5.4.1) Texto en cuerpo del informe

5.4.2) Tablas

5.4.3) Gráficas

5.4.4) Otro: Especifique:

5.5) ¿Estima Usted que la sistematización y procesamiento de la información recabada en la presente evaluación han sido útiles a la hora de formular las conclusiones y recomendaciones?

5.5.1) Si

5.5.2) No

5.5.3) Comentarios: ¿Sugeriría Usted alguna modificación en este sentido? ¿Cuál/es?

Sección 6. Trabajo en terreno

6.1) ¿Existió una preparación previa a su llegada al terreno?

6.1.1) Si

6.1.2) No

Comentarios:

6.2) ¿Cómo calificaría las previsiones efectuadas por el personal de terreno previo a su llegada?

6.2.1) Muy Buenas

6.2.2) Buenas

6.2.3) Regulares

6.2.4) Malas

6.2.5) Otro: Especifique:

Preparación del trabajo una vez llegado Usted al terreno

6.3) ¿Contó Usted con la información necesaria para llevar adelante la evaluación en cantidad, calidad, tiempo y forma?

6.3.1) Si

6.3.2) No

6.4) ¿Considera usted que contaba con todo el material logístico necesario para llevar adelante la evaluación?

6.4.1) Si

6.4.2) No

Comentarios 6.3 y 6.4: ¿Atribuye la falta de información y/o de material necesario para efectuar la evaluación a una falla propia, del personal de sede, de terreno, conjunta? Favor especifique. Describa por favor motivos de información completa o incompleta, en relación con informantes internos (de MSF), o externos (del gobierno, de organismos internacionales, de otras ONG, etc.). ¿Cuáles fueron los principales facilitadores y/u obstáculos para llevar adelante la evaluación aquí analizada? (logísticos, técnicos, de información, de comunicación, de seguridad, otros)?

6.5) ¿Pudo Usted llevar adelante las reuniones y contactos con las personas e instituciones que la evaluación requería?

6.5.1) Si

6.5.2) No

6.6) ¿Considera que el tiempo otorgado a la evaluación fue adecuado para la tarea asignada?

6.6.1) Si

6.6.2) No

Comentarios 6.5 y 6.6:

Sección 7. Financiación de la evaluación: la fuente, elaboración, asignación y control presupuestarios

7.1) ¿Quién financió la evaluación / aprobó el presupuesto?

- 7.1.1) La organización
- 7.1.2) Donantes
- 7.1.3) Otro: Especifique

7.2) La elaboración del presupuesto estuvo a cargo de: (Puede marcarse más de 1 opción)

- 7.2.1) El evaluador / El equipo evaluador
- 7.2.2) La organización mediante su personal de sede
- 7.2.3) La organización mediante su personal de terreno
- 7.2.4) Otro: Especifique:

7.3) Montos presupuestarios asignados:

- 7.3.1) Suficientes
- 7.3.2) Insuficientes

7.4) La asignación de recursos fue:

- 7.4.1) Oportuna
- 7.4.2) Inoportuna

7.5) ¿Existió supervisión presupuestaria?:

- 7.5.1) Si
- 7.5.2) No

Comentarios 7.3, 7.4 y 7.5: ¿Cómo se asignaron los subsidios / reembolsos monetarios para la realización de las actividades? Señale inconsistencias respecto de los montos asignados y la oportunidad de las asignaciones en relación con las actividades demandadas por la evaluación. ¿Hubo sistema claro de rendición de cuentas presupuestaria? ¿Quién supervisó el presupuesto, y con qué instrumentos?

Sección 8. Elaboración del informe final

8.1) El contenido del informe final fue definido por:

- 8.1.1) El evaluador
- 8.1.2) La sede
- 8.1.3) Otro: Especifique:

8.2) El formato del informe final fue definido como:

- 8.2.1) Un protocolo / proforma
- 8.2.2) Un informe general del que se sacan distintas presentaciones según audiencias (personal de terreno y de sede, donantes, financiadores, etc.)
- 8.2.3) Otro: Especifique:

8.3) ¿Existieron normas acerca del lenguaje, longitud, formato, secciones, etc.?

- 8.3.1) Si
- 8.3.2) No

Comentarios:

8.4) La elaboración del informe final:

- 8.4.1) Estuvo plenamente a su cargo
- 8.4.2) Compartió esta tarea con personal de terreno y/o sede, u otros

Comentarios:

8.5) ¿Participó Usted en la devolución de conclusiones y recomendaciones a la/s audiencia/s involucrada/s con la intervención evaluada?

- 8.5.1) Si
- 8.5.2) No

8.6) ¿Cuál fue la modalidad de dicha devolución? (puede marcarse más de 1 opción)

- 8.6.1) Reunión de presentación técnica de principales hallazgos
- 8.6.2) Resumen ejecutivo
- 8.6.3) Informe técnico escrito
- 8.6.4) Otro: Especifique:

8.7) ¿Estima que el lenguaje y el modo de presentación fueron adecuados a cada audiencia?

- 8.7.1) Si
- 8.7.2) No

Comentarios: en caso negativo, desarrolle observaciones y propuestas.

9.1) ¿Tuvo Usted información respecto de la recepción por parte de la audiencia de la evaluación en términos de aceptación de conclusiones, utilización de recomendaciones, y monitoreo de su cumplimiento?

- 9.1.1) Si
- 9.1.2) No

Comentarios: si no se aceptaron ¿Cuáles fueron los intereses explícitamente más reactivos a dicha devolución? ¿Por qué? Si se aceptaron ¿pudo saber si se pusieron en práctica? ¿Cómo lo supo?

9.2) En relación al objetivo del mejoramiento de las intervenciones humanitarias (en curso y futuras) mediante la ejecución de evaluaciones: ¿Considera o le consta a Usted que las mismas inciden en modificaciones en la planificación, programación, o protocolos de intervención?

- 9.2.1) Si
- 9.2.2) No

Comentarios: explique brevemente motivos por los cuales inciden o no según su parecer en la toma de decisiones oportunas y pertinentes, y qué modificaciones sugeriría introducir en las evaluaciones en el sentido de facilitar sus hallazgos/recomendaciones por los decisores.

9.3) ¿Considera Usted que las evaluaciones aportan a la memoria institucional de la organización?

- 9.3.1) Si
- 9.3.2) No

Comentarios: En el caso que la respuesta fuese positiva: ¿cuáles? En el caso que la respuesta fuese negativa: ¿cuáles son las razones que a su entender explican dicha ausencia de contribución a la memoria institucional? ¿Qué cambio/s sugeriría introducir en este sentido? Añada aquí también comentarios generales sobre modificaciones que sugiera introducir a las evaluaciones o al sistema de evaluaciones de intervenciones humanitarias, en cuanto a su concepción, modelo y metodología, a fin de mejorar el proceso de aprendizaje personal y de aprendizaje y memoria institucional.

APENDICE C

Entrevistas a informantes claves dirigida a interventores de proyecto¹ involucrados con las evaluaciones incluidas en la presente investigación: pautas generales

El entrevistador deberá introducir brevemente al entrevistado o informante clave en:

- **I- Aspectos centrales del trabajo de tesis (título, objetivo y metodología, acuerdos institucionales)**

Título

Meta-evaluación de las evaluaciones realizadas de las intervenciones sanitarias (medico-humanitarias) efectuadas a nivel mundial por Médicos sin Fronteras en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, abarcando el periodo de 7 años del 2005 al 2011.

Objetivo y metodología

La investigación en curso es una meta-evaluación de carácter cualitativo, descriptivo, analítico-interpretativo, y ex-post del contenido, diseño, proceso y resultado de 15 evaluaciones a que fueran sometidos los proyectos de intervención sanitarios en respuesta a epidemias (3), desastres naturales (2) y provocados por el hombre (6), y enfermedades olvidadas (4) operados por MSF-OCBA en el periodo considerado. Se utilizará una matriz de análisis que incorporará los datos de los informes de evaluación, integrando y comparando una serie de variables referidas a las evaluaciones y a las intervenciones evaluadas. También se procederá a la interpretación de los textos de las evaluaciones mediante una combinación de elementos de los métodos hermenéutico y de análisis de contenido. Las entrevistas a informantes clave se realizan con el propósito de complementar la información obtenida de los documentos antes mencionados. Los informantes clave identificados son a) los evaluadores, b) los interventores de proyecto (coordinadores general, médico y de terreno), y c) los profesionales de departamento médico y de la célula operacional en sede, que hayan estado involucrados con las evaluaciones investigadas.

Acuerdos institucionales

La realización de la presente investigación se efectúa en coordinación entre el Investigador y el Director del Departamento Médico de MSF-OCBA.

- **II- Objetivo general de las entrevistas**

Obtener información desde la perspectiva de los distintos informantes claves para complementar la información obtenida de documentos y registros oficiales con el fin de enriquecer y profundizar la descripción y análisis del proceso de evaluación: diseño, instrumentos, aspectos operativos esenciales, principales actores y posicionamientos, así como los factores potenciales de facilitación u obstaculización de los ejercicios evaluativos y la utilización de los informes/recomendaciones de evaluación.

*En el caso de los **interventores de proyecto** el énfasis de la entrevista estará puesto en la obtención de datos e información sobre:*

a) su formación, experiencia y papel desempeñado en los ejercicios evaluativos (sección 1)

b) los términos de referencia de las evaluaciones, los criterios para la ejecución de una evaluación, y la coordinación con el equipo evaluador y/o personal de sede (secciones 2 a 4)

¹ Entendemos por **interventores de proyecto** a los responsables de la gestión en terreno de la intervención evaluada (coordinador general, coordinador médico y/o coordinador de terreno), en tanto miembros del equipo de coordinación de proyecto.

c) las funciones desempeñadas por el entrevistado en la evaluación considerada, y la convivencia de la evaluación con la continuidad de la tarea: facilitadores, obstáculos, dificultades, interferencias, oportunidades, carga de trabajo, relaciones entre los equipos, etc. (sección 5)

d) la recepción del ejercicio evaluativo y de la devolución final por parte del personal de terreno (sección 6)

e) el aporte que brindan las evaluaciones al proceso de aprendizaje personal e institucional, para así determinar si cumplen el objetivo de incidir en modificaciones oportunas y pertinentes al proceso de toma de decisiones (sección 7).

▪ **III- Tratamiento que se le dará a los datos e información.**

La información brindada por el entrevistado será tratada salvaguardando la confidencialidad de las fuentes y cumpliendo con los requisitos formales, que cubren aspectos estadísticos y/ o éticos, según un acuerdo ya establecido entre el Investigador y el Director del Departamento Médico de MSF-OCBA.

▪ **IV- Aspectos generales de la entrevista y cuestionario.**

Número de Secciones: 7

Secciones
1- Perfil y experiencia del interventor de proyecto en materia de evaluaciones
2- Términos de referencia (TdR) de la evaluación
3- Criterios de realización de la evaluación
4- Coordinación entre los actores involucrados en la evaluación
5- Funciones realizadas en relación con la evaluación
6- Recepción del ejercicio evaluativo, la devolución de la evaluación, y la aceptación de la misma por parte del personal del terreno
7- Utilidad de la evaluación en términos de aprendizaje personal e institucional

Al iniciar la entrevista, el entrevistador deberá completar los **datos** siguientes datos acerca del/la entrevistado/a y la entrevista:

Nombre (completo)

Cargo desempeñado: coordinador general, coordinador médico, o coordinador de terreno

Datos de Contacto (email y teléfono)

Fecha/s de la entrevista:

Método de registro de la entrevista (email, grabación, teleconferencia, etc.)

Tiempo promedio estimado para completar la entrevista (establecido en horas y minutos)

Instructivo y definición de términos:

- A. La presente entrevista se ha diseñado con preguntas de selección, de modo de simplificar el cuestionario para los entrevistados, y facilitar la tabulación de datos y su posterior análisis. Por esto se solicita a los entrevistados marcar con una “X” la/las respuesta/s correcta/s (se han identificado en el texto las preguntas en las que se puede marcar más de una opción), y especificar o explicar con agregados o comentarios donde así corresponda.
- B. El informante clave ha sido seleccionado por su participación en una de las evaluaciones incluidas en la presente investigación, pero puede haber participado previamente en otras evaluaciones a proyectos médico-humanitarios de MSF (OCBA u otras secciones operacionales), u otras organizaciones humanitarias, incluidas o no en la investigación. Por este motivo, se solicita al entrevistado completar la **Tabla I** (Sección 1), que permite identificar y describir las otras evaluaciones en las cuales el entrevistado haya participado. La identificación mediante las siglas sucesivas E1, E2, E3, etc. permitirá incluir en las siguientes preguntas datos sobre las mismas evaluaciones previas (encabezados éstos con las siglas respectivas), lo que brindará más elementos de análisis para la investigación.
- C. Cualquiera de las otras preguntas del presente cuestionario pueden incluir información o referencias de otras evaluaciones a proyectos médico-humanitarios de MSF (OCBA u otras secciones operacionales) en las cuales el entrevistado haya participado. Identifique por favor a las mismas con las siglas E (y el número correspondiente) según se trate de una evaluación en particular ya mencionada en la **Tabla I**.
- D. En la Sección 2 los **Términos de Referencia** (TdR) son entendidos como el “marco que encuadra los aspectos teóricos y operacionales de los cuales derivarán las actividades de la evaluación, y los elementos de coordinación entre los actores vinculados a la evaluación”. Se trata a la vez de un concepto y de un documento guía por escrito y acordado entre todos los actores de la evaluación. En caso de disenso entre los participantes de la redacción de los TdR se solicita al entrevistado completar la **Tabla II** (Sección 2, Pregunta 2.2.2.), que permite describir los motivos de disenso y los mecanismos de acuerdo encontrados entre las partes.
- E. En la Sección 3 se entenderá por **Criterio** a la “condición o regla que permite realizar una elección, lo que implica que sobre el mismo se pueda basar una decisión o un juicio de valor”. En base a las observaciones de Bastos sobre los criterios de las evaluaciones del GPR - OECD/DAC -véase Estado del arte / Marco Teórico en texto principal (Bastos 1999)-, se definen los siguientes criterios: **Eficiencia** como “medida de los resultados – cuantitativos y cualitativos- en relación con los recursos utilizados”; **Eficacia** como “la medida en que el proyecto o programa progresa hacia el logro de los objetivos”; en tanto el **Impacto** se fija en los “efectos del

proyecto - en sentido amplio: sociales, económicos, técnicos, ambientales,- sobre individuos, comunidades, e instituciones”; la **Relevancia** valora si “el proyecto está en línea con las necesidades y prioridades locales (así como la política del donador)”; y la **Sostenibilidad** es la “medida en que un impacto o una actividad es probable que continúe después de que la actividad de la organización y/o la financiación del donador se haya/n retirado”. Por otro lado la **Conectividad** procura determinar “si las actividades de corto plazo de la emergencia se llevan a cabo tomando en cuenta el largo plazo y otros problemas interrelacionados”; la **Cobertura** determina el “alcance del proyecto a los grupos más grandes de población que sufran riesgo para sus vidas, proveyéndoles con asistencia y protección proporcionales a sus necesidades y sin considerar intereses políticos”; la **Coherencia** observa si “existe congruencia entre las políticas diplomáticas, económicas y militares, y si todas ellas se han elaborado tomando en cuenta consideraciones humanitarias”; la **Pertinencia** observa la “adaptación de las actividades de la ayuda humanitaria a las necesidades locales, aumentando apropiación, responsabilización y coste-eficacia”; y la **Co-ordinación** (en tanto criterio) apunta a la “consideración explícita de la multiplicidad de actores implicados en las emergencias”.

- F. En la Sección 4 se entiende por **Co-ordinación** a la “reunión de medios y esfuerzos para la realización de una tarea o acción común”.
- G. En la Sección 5 se entenderá por **Diseño** de la evaluación al “proceso de producción de un nuevo objeto o medio de comunicación, que requiere consideraciones funcionales y estéticas, mediante fases de investigación, análisis, modelado, ajustes y adaptaciones previas a la producción definitiva del objeto”.
- H. De manera general, se espera que los evaluadores aporten información en relación a la capacidad que tienen las evaluaciones de describir la participación de personas involucradas, la distribución de responsabilidades, los mecanismos de supervisión, asesoramiento y apoyo, el cumplimiento de pautas y tiempos, etc.
- I. Finalmente, pueden agregarse comentarios personales al entrevistador. Por ejemplo: a) incluir impresiones sobre grado de verosimilitud y/o confiabilidad de la presente entrevista; b) colaboración e interés en el tema del entrevistado; c) conveniencia o acuerdo para realizar nueva entrevista, aclarando motivo para ello; etc.

entrevistador solicita a los informantes clave seleccionados tengan a bien responder, con el mayor grado de precisión posible, las preguntas del cuestionario.

Entrevistas a informantes claves dirigida a interventores de proyecto involucrados con las evaluaciones incluidas en la presente investigación: Cuestionario

Secciones y preguntas

Sección 1. Perfil de experiencia y formación del entrevistado.

1.1) Perfil de experiencia

1.1.1) Sin experiencia previa en evaluaciones

1.1.2) Con experiencia previa en evaluaciones

1.2) Perfil de Formación: Para la evaluación considerada, ¿Recibió formación y/o información por parte de la organización -u otra- que facilitase su comprensión e intervención en la misma?

1.2.1) Si

1.2.2) No

Comentarios: Especifique información recibida por la organización, formación previa en materia de evaluaciones, etc.

¿Es ésta la primera intervención evaluada en la que Ud. participó? En caso negativo, por favor titule las intervenciones que pasaron por un proceso de evaluación durante su experiencia previa de terreno (o en sede), detalle las áreas temáticas según sean desastres, epidemias, enfermedades olvidadas, u otras, lugar y el período en que las realizó. Descríbalas sintéticamente. Utilícese para ello la **Tabla I**

Año	Lugar	Tema				Titulo	Descripción sintética
		D	E	E.O	Otro		
						E1:	
						E2:	
						E3:	
						E4: etc.	

En la **Tabla I**, en "Tema" marcar con una X la opción que corresponda: desastres (D), epidemias (E), enfermedades olvidadas (E.O.) u Otro (especificar). Expandir las celdas de la tabla según necesidad, detallar organización de la intervención evaluada (MSF u otras), y añadir comentarios si hubiera (por ejemplo si participó en tanto interventor del proyecto, o como personal de sede, o evaluador [interno o externo], etc.). Ver más detalles en "Instructivo y definición de términos", página 3.

Sección 2. Términos de referencia (TdR) de la evaluación

2.1) Participación en la redacción de los TdR

2.1.1) A cargo sólo del evaluador

2.1.2) A cargo del evaluador y de personal de sede

2.1.3) A cargo del evaluador y de personal de terreno

2.1.4) A cargo del evaluador y de personal de sede y de terreno

2.1.5) Otro: Especifique:

2.2) Acuerdos (consenso / disenso) en la redacción de los TdR

2.2.1) Hubo acuerdo (consenso) de todos los involucrados (evaluador, sede y terreno)

2.2.2) No hubo acuerdo (disenso) de todos los involucrados (evaluador, sede y terreno)

En caso de disenso/s, aunque fueran menores, por favor descríbalos, detalle sus motivos, y explique cómo fueron resueltos. Utilícese para ello la **Tabla II**.

Tabla II – Motivos de disenso en la redacción de los TdR y mecanismos de acuerdo		
E1	Motivos de disenso	Mecanismo de resolución y/o acuerdo, cuando lo hubiere
1		
2		
3		

Cópiese por favor la **Tabla II** (como Tabla II-b) para describir, según la experiencia del entrevistado, disensos y mecanismos de resolución en la redacción de TdR de otras intervenciones evaluadas en las que participara con anterioridad o posterioridad a la presente (E1, E2, E3, etc.). Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 3.

Sección 3. Criterios de realización de la evaluación

En la intervención a su cargo, ¿en base a qué criterio/s se decidió efectuar la presente evaluación? (Puede marcarse más de 1 opción - Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 4.)

- 3.1) Determinar la eficiencia de la intervención
- 3.2) Determinar la efectividad de la intervención
- 3.3) Determinar la relevancia de la intervención
- 3.4) Determinar la sustentabilidad de la intervención después de la salida de la organización
- 3.5) Determinar el impacto de la intervención
- 3.6) Determinar la conectividad de la intervención
- 3.7) Determinar la cobertura de la intervención
- 3.8) Determinar la coherencia de la intervención
- 3.9) Determinar la pertinencia de la intervención
- 3.10) Otros: Especifique:

Comentarios:

Sección 4. Coordinación entre los actores involucrados en la evaluación (Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 4)

4.1) La coordinación con el personal de sede y el evaluador / equipo evaluador involucrado en la evaluación resultó:

- 4.1.1) Muy buena
- 4.1.2) Buena
- 4.1.3) Regular
- 4.1.4) Mala

Comentarios:

4.2) ¿Hubo designación previa de los responsables de dicha coordinación (por ejemplo en los TdR)?

- 4.2.1) Si
- 4.2.2) No

4.3) ¿Se cumplió adecuadamente dicha coordinación?

- 4.3.1) Si
- 4.3.2) No

4.4) ¿Quién estuvo de hecho a cargo de dicha coordinación?

- 4.4.1) El evaluador / equipo evaluador
- 4.4.2) Personal de sede
- 4.4.3) Personal de terreno
- 4.4.4) Otro: Especifique

Comentarios: propuestas para el mejoramiento de la coordinación:

Sección 5. Funciones realizadas en relación con la evaluación, y convivencia de la evaluación con la continuidad de la tarea**5.1) ¿En qué consistió su involucramiento con la evaluación considerada?** (Puede marcarse más de 1 opción - Ver más detalles en "Instructivo y definición de términos", página 4).

- 5.1.1) Redacción de términos de referencia (TdR)
- 5.1.2) Facilitación de documentación y/o de información
- 5.1.3) Participación en el diseño y/o redacción final del texto de la evaluación
- 5.1.4) Participación en la discusión de resultados y recomendaciones
- 5.1.5) Aplicación y/o monitoreo del cumplimiento de recomendaciones
- 5.1.6) Otro: Especifique:

5.1) ¿Cómo influyó la evaluación en el desarrollo de las tareas rutinarias del proyecto a su cargo?

- 5.2.1) Positivamente
- 5.2.2) Negativamente
- 5.2.3) No tuvo influencia positiva o negativa

Comentarios:

5.3) ¿Debieron efectuarse modificaciones en la programación habitual de tareas del proyecto a fin de permitir el buen desarrollo de la evaluación?

- 5.3.1) Si
- 5.3.2) No

5.4)1. Señale si existieron entre el equipo de terreno y el evaluador/equipo evaluador: (Puede marcarse más de 1 opción)

- 5.4.1) Facilitación de la tarea
- 5.4.2) Oportunidades de intercambio
- 5.4.3) Obstáculos, dificultades o interferencias en la relación
- 5.4.4) Aumento de la carga de trabajo
- 5.4.5) Otro: Especifique

Comentarios: señale en qué sentido se verificaron estos fenómenos, detalle y describa su impresión al respecto

5.5) ¿Cómo juzga Usted que fue el flujo e intercambio de información aportada al evaluador/equipo evaluador de la intervención, en cantidad, calidad, tiempo y forma?

- 5.5.1) Fluida, en un ambiente de confianza, interactiva
- 5.5.2) Lenta, pasiva, obstructiva

Comentarios: ¿Qué factores o elementos considera Usted que facilitaron u obstaculizaron el aporte de información requerida? ¿Fueron los mismos durante todo el período de evaluación?

Sección 6. Recepción del ejercicio evaluativo, devolución de la evaluación, y aceptación de la misma por parte del personal del terreno

6.1) En su carácter de interventor de terreno ¿cómo considera Usted que fue la recepción de la evaluación por parte del equipo de terreno?

- 6.1.1) Muy buena
- 6.1.2) Buena
- 6.1.3) Regular
- 6.1.4) Mala

6.2) La evaluación es apreciada por parte del equipo de terreno como: (Puede marcarse más de 1 opción)

- 6.2.1) Un aporte en términos de información para la acción
- 6.2.2) Un aporte en términos de aprendizaje
- 6.2.3) Una actividad de control / contralor
- 6.2.4) Una actividad que afecta / altera las funciones corrientes de la intervención
- 6.2.5) Otro: Especifique:

6.3) ¿Tuvo Usted alguna devolución en términos de hallazgos, conclusiones y recomendaciones de la evaluación efectuada?

- 6.3.1) Si
- 6.3.2) No

Comentarios 6.1 a 6.3: ¿Cuáles componentes de la devolución fueron aceptados y cuáles resistidos? ¿Por qué motivos? Si se aceptaron ¿se pusieron en práctica? Dicha puesta en práctica ¿fue monitoreada? ¿de qué manera? Si existieron, ¿cuáles fueron los beneficios inmediatamente visibles de la evaluación?

En caso que la respuesta 6.3 fuera positiva señale:

6.4) El tiempo transcurrido entre evaluación y devolución permitió o realizar las rectificaciones de la intervención que la evaluación recomendaba

- 6.4.1) Si
- 6.4.2) No

6.5) ¿Considera satisfactoria la devolución en términos de modalidad de presentación, comprensión del lenguaje utilizado, adaptación a la situación de terreno?

- 6.5.1) Si
- 6.5.2) No

6.6) ¿Hubo posibilidad de discusión de hallazgos y recomendaciones?

- 6.6.1) Si
- 6.6.2) No

6.7) ¿Hubo factibilidad de aplicación de las recomendaciones?

- 6.7.1) Si
- 6.7.2) No

Comentarios 6.4 a 6.7: en caso negativo señale motivos que a su entender han retrasado la devolución, afectado su calidad, su discusión, o la aplicación de recomendaciones.

7.1) ¿Tuvo Usted información respecto de la recepción por parte de la audiencia de la evaluación en términos de aceptación de conclusiones, utilización de recomendaciones, y monitoreo de su cumplimiento?

- 7.1.1) Si
- 7.1.2) No

Comentarios: si no se aceptaron ¿Cuáles fueron los intereses explícitamente más reactivos a dicha devolución? ¿Por qué? Si se aceptaron ¿pudo saber si se pusieron en práctica? ¿Cómo lo supo?

7.2) En relación al objetivo del mejoramiento de las intervenciones humanitarias (en curso y futuras) mediante la ejecución de evaluaciones: ¿Considera o le consta a Usted que las mismas inciden en modificaciones en la planificación, programación, o protocolos de intervención?

- 7.2.1) Si
- 7.2.2) No

Comentarios: explique brevemente motivos por los cuales inciden o no según su parecer en la toma de decisiones oportunas y pertinentes, y qué modificaciones sugeriría introducir en las evaluaciones en el sentido de facilitar sus hallazgos/recomendaciones por los decisores.

7.3) ¿Considera Usted que las evaluaciones aportan a la memoria institucional de la organización?

- 7.3.1) Si
- 7.3.2) No

Comentarios: En el caso que la respuesta fuese positiva: ¿cuáles? En el caso que la respuesta fuese negativa: ¿cuáles son las razones que a su entender explican dicha ausencia de contribución a la memoria institucional? ¿Qué cambio/s sugeriría introducir en este sentido? Añada aquí también comentarios generales sobre modificaciones que sugiera introducir a las evaluaciones o al sistema de evaluaciones de intervenciones humanitarias, en cuanto a su concepción, modelo y metodología, a fin de mejorar el proceso de aprendizaje personal y de aprendizaje y memoria institucional.

APENDICE D

Entrevistas a informantes claves dirigida a Profesionales del Departamento Médico y/o de la Célula Operacional de la sede de MSF-OCBA involucrado con las evaluaciones incluidas en la presente investigación: pautas generales

El entrevistador deberá introducir brevemente al entrevistado o informante clave en:

- **I- Aspectos centrales del trabajo de tesis (título, objetivo y metodología, acuerdos institucionales)**

Título

Meta-evaluación de las evaluaciones realizadas de las intervenciones sanitarias (medico-humanitarias) efectuadas a nivel mundial por Médicos sin Fronteras Célula Operacional Barcelona Atenas (MSF-OCBA) en respuesta a epidemias, desastres y enfermedades olvidadas, abarcando el periodo de 7 años del 2005 al 2011.

Objetivo y metodología

La investigación en curso es una meta-evaluación de carácter cualitativo, descriptivo, analítico-interpretativo, y ex-post del contenido, diseño, proceso y resultado de 15 evaluaciones a que fueran sometidos los proyectos de intervención sanitarios en respuesta a epidemias (3), desastres naturales (2) y provocados por el hombre (6), y enfermedades olvidadas (4) operados por MSF-OCBA en el periodo considerado. Se utilizará una matriz de análisis que incorporará los datos de los informes de evaluación, integrando y comparando una serie de variables referidas a las evaluaciones y a las intervenciones evaluadas. También se procederá a la interpretación de los textos de las evaluaciones mediante una combinación de elementos de los métodos hermenéutico y de análisis de contenido. Las entrevistas a informantes clave se realizan con el propósito de complementar la información obtenida de los documentos antes mencionados. Los informantes clave identificados son a) los evaluadores, b) los interventores de terreno (coordinadores general, médico y de terreno), y c) los profesionales de departamento médico y de la célula operacional en sede, que hayan estado involucrados con las evaluaciones investigadas.

Acuerdos institucionales

La realización de la presente investigación se efectúa en coordinación entre el Investigador y el Director del Departamento Médico de MSF-OCBA.

- **II- Objetivo general de las entrevistas**

Obtener información desde la perspectiva de los distintos informantes claves para complementar la información obtenida de documentos y registros oficiales con el fin de enriquecer y profundizar la descripción y análisis del proceso de evaluación: diseño, instrumentos, aspectos operativos esenciales, principales actores y posicionamientos, así como los factores potenciales de facilitación u obstaculización de los ejercicios evaluativos y la utilización de los informes/recomendaciones de evaluación.

En el caso de los **profesionales del Departamento Médico y/o de la célula operacional de la sede de MSF-OCBA** el énfasis de la entrevista estará puesto en la obtención de datos e información sobre:

- a) *la relación del entrevistado con la temática evaluada, y experiencias previas de ejercicios evaluativos en que estuviera involucrado (sección 1)*
- b) *los términos de referencia de las evaluaciones y los criterios para la ejecución de una evaluación (secciones 2 y 3)*
- c) *la convocatoria del evaluador / equipo evaluador, y la coordinación con el equipo evaluador y/o personal de terreno (secciones 4 y 5)*
- d) *las funciones desempeñadas en relación con la evaluación, y el diseño y utilización de los instrumentos utilizados en la evaluación (secciones 6 y 7)*
- e) *la elaboración y/o presentación del informe final, hallazgos principales y las recomendaciones: tipo de informe final, oportunidad e inteligibilidad de la modalidad y lenguaje utilizados (sección 8)*
- f) *el aporte de las evaluaciones al proceso de aprendizaje personal e institucional, para así determinar si cumplen el objetivo de incidir en modificaciones oportunas y pertinentes al proceso de toma de decisiones (sección 9)*

▪ **III- Tratamiento que se le dará a los datos e información.**

La información brindada por el entrevistado será tratada salvaguardando la confidencialidad de las fuentes y cumpliendo con los requisitos formales, que cubren aspectos estadísticos y/o éticos, según un acuerdo ya establecido entre el Investigador y el Director del Departamento Médico de MSF-OCBA.

▪ **IV- Aspectos generales de la entrevista y cuestionario.**

Número de Secciones: 9

Secciones
1- Perfil y experiencia del entrevistado
2- Términos de referencia (TdR) de la evaluación
3- Criterios de realización de la evaluación
4- Convocatoria del evaluador / equipo evaluador
5- Coordinación entre los actores involucrados en la evaluación
6- Funciones desempeñadas en relación con la evaluación
7- Diseño y utilización de instrumentos de recolección, sistematización, procesamiento y presentación de datos e información
8- Elaboración del informe final
9- Utilidad de la evaluación en términos de aprendizaje personal e institucional

Al iniciar la entrevista, el entrevistador deberá completar los **datos** siguientes datos acerca del/la entrevistado/a y la entrevista:

Nombre (completo)

Cargo desempeñado: Función dentro del Departamento Médico o Célula Operacional de MSF-OCBA (especificar)

Datos de Contacto (email y teléfono)

Fecha/s de la entrevista:

Método de registro de la entrevista (email, grabación, teleconferencia, etc.)

Tiempo promedio estimado para completar la entrevista (establecido en horas y minutos)

Instructivo y definición de términos:

- A. La presente entrevista se ha diseñado con preguntas de selección, de modo de simplificar el cuestionario para los entrevistados, y facilitar la tabulación de datos y su posterior análisis. Por esto se solicita a los entrevistados marcar con una “X” la/las respuesta/s correcta/s (se han identificado en el texto las preguntas en las que se puede marcar más de una opción), y especificar o explicar con agregados o comentarios donde así corresponda.
- B. El informante clave ha sido seleccionado por su participación en una de las evaluaciones incluidas en la presente investigación, pero puede haber participado previamente en otras evaluaciones a proyectos médico-humanitarios de MSF (OCBA u otras secciones operacionales), u otras organizaciones humanitarias, incluidas o no en la investigación. Por este motivo, se solicita al entrevistado completar la **Tabla I** (Sección 1), que permite identificar y describir las otras evaluaciones en las cuales el entrevistado haya participado. La identificación mediante las siglas sucesivas E1, E2, E3, etc. permitirá incluir en las siguientes preguntas datos sobre las mismas evaluaciones previas (encabezados éstos con las siglas respectivas), lo que brindará más elementos de análisis para la investigación.
- C. Cualquiera de las otras preguntas del presente cuestionario pueden incluir información o referencias de otras evaluaciones a proyectos médico-humanitarios de MSF (OCBA u otras secciones operacionales) en las cuales el entrevistado haya participado. Identifique por favor a las mismas con las siglas E (y el número correspondiente) según se trate de una evaluación en particular ya mencionada en la **Tabla I**.
- D. En la Sección 2 los **Términos de Referencia** (TdR) son entendidos como el “marco que encuadra los aspectos teóricos y operacionales de los cuales derivarán las actividades de la evaluación, y los elementos de coordinación entre los actores vinculados a la evaluación”. Se trata a la vez de un concepto y de un documento guía por escrito y acordado entre todos los actores de la evaluación. En caso de disenso entre los participantes de la redacción de los TdR se solicita al entrevistado completar la **Tabla II** (Sección 2, Pregunta 2.2.2.), que permite describir los motivos de disenso y los mecanismos de acuerdo encontrados entre las partes.

- E. En la Sección 3 se entenderá por **Criterio** a la “condición o regla que permite realizar una elección, lo que implica que sobre el mismo se pueda basar una decisión o un juicio de valor”. En base a las observaciones de Bastos sobre los criterios de las evaluaciones del GPR - OECD/DAC -véase Estado del arte / Marco Teórico en texto principal (Bastos 1999)-, se definen los siguientes criterios: **Eficiencia** como “medida de los resultados – cuantitativos y cualitativos- en relación con los recursos utilizados”; **Eficacia** como “la medida en que el proyecto o programa progresa hacia el logro de los objetivos”; en tanto el **Impacto** se fija en los “efectos del proyecto - en sentido amplio: sociales, económicos, técnicos, ambientales,- sobre individuos, comunidades, e instituciones”; la **Relevancia** valora “si el proyecto está en línea con las necesidades y prioridades locales (así como la política del donador)”; la **Sostenibilidad** es la “medida en que un impacto o una actividad es probable que continúe después de que la actividad de la organización y/o la financiación del donador se haya/n retirado”. Por otro lado la **Conectividad** procura determinar “si las actividades de corto plazo de la emergencia se llevan a cabo tomando en cuenta el largo plazo y otros problemas interrelacionados”; la **Cobertura** determina el “alcance del proyecto a los grupos más grandes de población que sufran riesgo para sus vidas, proveyéndoles con asistencia y protección proporcionales a sus necesidades y sin considerar intereses políticos”; la **Coherencia** observa si “existe congruencia entre las políticas diplomáticas, económicas y militares, y si todas ellas se han elaborado tomando en cuenta consideraciones humanitarias”; la **Pertinencia** observa la “adaptación de las actividades de la ayuda humanitaria a las necesidades locales, aumentando apropiación, responsabilización y coste-eficacia”; y la **Co-ordinación** (en tanto criterio) apunta a la “consideración explícita de la multiplicidad de actores implicados en las emergencias”.
- F. En la Sección 5 se entiende por **Coordinación** a la “reunión de medios y esfuerzos para la realización de una tarea o acción común”.
- G. En la Sección 7 se entenderá por **Diseño** de la evaluación al “proceso de producción de un nuevo objeto o medio de comunicación, que requiere consideraciones funcionales y estéticas, mediante fases de investigación, análisis, modelado, ajustes y adaptaciones previas a la producción definitiva del objeto”.
- H. De manera general, se espera que los evaluadores aporten información en relación a la capacidad que tienen las evaluaciones de describir la participación de personas involucradas, la distribución de responsabilidades, los mecanismos de supervisión, asesoramiento y apoyo, el cumplimiento de pautas y tiempos, etc.
- I. Finalmente, pueden agregarse comentarios personales al entrevistador. Por ejemplo: a) incluir impresiones sobre grado de verosimilitud y/o confiabilidad de la presente entrevista; b) colaboración e interés en el tema del entrevistado; c) conveniencia o acuerdo para realizar nueva entrevista, aclarando motivo para ello; etc.

El entrevistador solicita a los informantes clave seleccionados tengan a bien responder, con el mayor grado de precisión posible, las preguntas del cuestionario.

Entrevistas a informantes claves dirigida a profesionales del Departamento Médico y de la Célula Operacional de MSF-OCBA involucrados con las evaluaciones incluidas en la presente investigación: Cuestionario

Secciones y preguntas

Sección 1. Perfil de experiencia y formación del entrevistado.

1.1) Perfil de experiencia

- 1.1.1) Sin experiencia previa en evaluaciones
- 1.1.2) Con experiencia previa en evaluaciones

1.2) Perfil de Formación: Para la evaluación considerada, ¿Recibió formación y/o información por parte de la organización -u otra- que facilitase su comprensión e intervención en la misma?

- 1.2.1) Si
- 1.2.2) No

Comentarios: Especifique información recibida por la organización, formación previa en materia de evaluaciones, etc.

¿Es ésta la primera intervención evaluada en la que Ud. participó? En caso negativo, por favor titule las intervenciones que pasaron por un proceso de evaluación durante su experiencia en sede (o previa de terreno), detalle las áreas temáticas según sean desastres, epidemias, enfermedades olvidadas, u otras, lugar y el período en que las realizó. Descríbalas sintéticamente. Utilícese para ello la **Tabla I**

Año	Lugar	Tema				Título	Descripción sintética
		D	E	E.O	Otro		
						E1:	
						E2:	
						E3:	
						E4: etc.	

En la **Tabla I**, en "Tema" marcar con una X la opción que corresponda: desastres (D), epidemias (E), enfermedades olvidadas (E.O.), u Otro (especificar). Expandir las celdas de la tabla según necesidad, detallar organización de la intervención evaluada (MSF u otras), y añadir comentarios si hubiera (por ejemplo si participó en tanto profesional del departamento médico, interventor del proyecto, o evaluador [interno o externo], etc.) Ver más detalles en "Instructivo y definición de términos", página 3.

Sección 2. Términos de referencia (TdR) de la evaluación

2.1) Participación en la redacción de los TdR

- 2.1.1) A cargo sólo del evaluador
- 2.1.2) A cargo del evaluador y de personal de sede
- 2.1.3) A cargo del evaluador y de personal de terreno
- 2.1.4) A cargo del evaluador y de personal de sede y de terreno
- 2.1.5) Otro: Especifique:

2.2) Acuerdos (consenso / disenso) en la redacción de los TdR

- 2.2.1) Hubo acuerdo (consenso) de todos los involucrados (evaluador, sede y terreno)
- 2.2.2) No hubo acuerdo (disenso) de todos los involucrados (evaluador, sede y terreno)

En caso de disenso/s, aunque fueran menores, por favor descríbalos, detalle sus motivos, y explique cómo fueron resueltos. Utilícese para ello la **Tabla II**.

Tabla II – Motivos de disenso en la redacción de los TdR y mecanismos de acuerdo		
E1	Motivos de disenso	Mecanismo de resolución y/o acuerdo, cuando lo hubiere
1		
2		
3		

Cópiese por favor la **Tabla II** (como Tabla II-b) para describir, según la experiencia del entrevistado, disensos y mecanismos de resolución en la redacción de TdR de otras intervenciones evaluadas en las que participara con anterioridad o posterioridad a la presente (E1, E2, E3, etc.). Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 4.

Sección 3. Criterios de realización de la evaluación

En la intervención evaluada, ¿en base a qué criterio/s se decidió efectuar la presente evaluación? (Puede marcarse más de 1 opción - Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 4)

- 3.1) Determinar la eficiencia de la intervención
- 3.2) Determinar la efectividad de la intervención
- 3.3) Determinar la relevancia de la intervención
- 3.4) Determinar la sustentabilidad de la intervención después de la salida de la organización
- 3.5) Determinar el impacto de la intervención
- 3.6) Determinar la conectividad de la intervención
- 3.7) Determinar la cobertura de la intervención
- 3.8) Determinar la coherencia de la intervención
- 3.9) Determinar la pertinencia de la intervención
- 3.10) Otros: Especifique:

Comentarios:

Sección 4. Constitución del equipo evaluador

Mencione cual/es fueron el/los criterio/s para la selección del evaluador / equipo de evaluación:

- 4.1) Conocimiento temático
- 4.2) Experiencia práctica / de terreno
- 4.3) Distribución de áreas específicas a ser evaluadas (equipo)
- 4.4) Disponibilidad
- 4.5) Proximidad: Presencia en terreno o cercanía
- 4.6) Otro: Especifique:

Sección 5. Coordinación entre los actores involucrados en la evaluación (Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 4).

5.1) La coordinación con el evaluador/equipo de evaluación y el personal de terreno involucrado en la evaluación resultó:

- 5.1.1) Muy buena
- 5.1.2) Buena

5.1.3) Regular

5.1.4) Mala

Comentarios:

5.2) ¿Hubo designación previa de los responsables de dicha coordinación (por ejemplo en los TdR)?

5.2.1) Si

5.2.2) No

5.3) ¿Se cumplió adecuadamente dicha coordinación?

5.3.1) Si

5.3.2) No

5.4) ¿Quién estuvo de hecho a cargo de dicha coordinación?

5.4.1) El evaluador / equipo evaluador

5.4.2) Personal de sede

5.4.3) Personal de terreno

5.4.4) Otro: Especifique:

Comentarios: propuestas para el mejoramiento de la coordinación:

Sección 6. Funciones desempeñadas en relación con la evaluación

6.1) ¿En qué consistió su involucramiento con la evaluación considerada? (puede marcarse más de 1 opción)

6.1.1) Redacción de términos de referencia (TdR)

6.1.2) Supervisión del equipo evaluador

6.1.3) Articulación de evaluadores con equipo del proyecto

6.1.4) Participación en el diseño de la evaluación

6.1.5) Facilitación de documentación y/o de información al equipo evaluador

6.1.6) Participación en la elaboración del informe (o parte) de evaluación

6.1.7) Revisión del informe de evaluación

6.1.8) Participación en la discusión de resultados y recomendaciones

6.1.9) Aplicación y/o monitoreo del cumplimiento de recomendaciones

6.1.10) Negociación con donantes/financiadores sobre la base de los hallazgos de la evaluación

6.1.11) Otro: especifique:

6.2) ¿Cómo fue el flujo e intercambio de información requerida por el evaluador/equipo evaluador de la intervención, en cantidad, calidad, tiempo y forma?

6.2.1) Fluida, en un ambiente de confianza, interactiva

6.2.2) Lenta,

6.2.3) Pasiva,

6.2.4) Obstructiva

Comentarios: ¿Qué factores o elementos considera Usted que facilitaron u obstaculizaron la evaluación? ¿Fueron los mismos durante todo el período de evaluación?

- 6.3) Señale en la siguiente tabla, para la evaluación analizada (u otras en las que haya Usted participado), la presencia o ausencia de los siguientes aportes (u otros que quiera mencionar): (puede marcarse más de 1 opción)**

	Presencia	Ausencia	Necesidad
6.3.1) Capacitación previa			
6.3.2) Asesoramiento			
6.3.3) Discusión y debate			
6.3.4) Apoyo logístico			
Otro 1			
Otro 2			
Otro 3			

Sección 7. Diseño de la evaluación y elaboración de instrumentos de recolección, sistematización, procesamiento y presentación de datos e información (Ver más detalles en “Instructivo y definición de términos”, página 4).

- 7.1) ¿Quién estuvo a cargo del diseño de la evaluación, y de la elaboración de los instrumentos de recolección de datos?**
- 7.1.1) El evaluador / el equipo evaluador
 7.1.2) El personal de sede
 7.1.3) El personal de terreno
 7.1.4) Otro: Especifique combinación y colaboración entre los arriba mencionados u otros, comente
- 7.2) ¿Estima Usted que la sistematización y procesamiento de la información recabada en la presente evaluación han sido útiles a la hora de formular las conclusiones y recomendaciones?**
- 7.2.1) Si
 7.2.2) No
 7.2.3) Comentarios: ¿Sugeriría Usted alguna modificación en este sentido? ¿Cuál/es?

Sección 8. Elaboración del informe final

- 8.1) El contenido del informe final fue definido por:**
- 8.1.1) El evaluador
 8.1.2) La sede
 8.1.3) Otro: Especifique:
- 8.2) El formato del informe final fue definido como:**
- 8.2.1) Un protocolo / proforma
 8.2.2) Un informe general del que se sacan distintas presentaciones según audiencias (personal de terreno y de sede, donantes, financiadores, etc.)
 8.2.3) Otro: Especifique:
- 8.3) ¿Existieron normas acerca del lenguaje, longitud, formato, secciones, etc.?**
- 8.3.1) Si

8.3.2) No

Comentarios:

8.4) La elaboración del informe final:

8.4.1) Estuvo plenamente a su cargo

8.4.2) Compartió esta tarea con personal de terreno y/o sede, u otros (especifique)

Comentarios:

8.5) ¿Participó Usted en la devolución de conclusiones y recomendaciones a la/s audiencia/s involucrada/s con la intervención evaluada?

8.5.1) Si

8.5.2) No

8.6) ¿Cuál fue la modalidad de dicha devolución? (puede marcarse más de 1 opción)

8.6.1) Reunión de presentación técnica de principales hallazgos

8.6.2) Resumen ejecutivo

8.6.3) Informe técnico escrito

8.6.4) Otro: Especifique:

8.7) ¿Estima que el lenguaje y el modo de presentación fueron adecuados a cada audiencia?

8.7.1) Si

8.7.2) No

Comentarios: en caso negativo, desarrolle observaciones y propuestas.

Sección 9. Utilización de la evaluación en términos de aprendizaje personal e institucional

9.1) ¿Tuvo Usted información respecto de la recepción por parte de la audiencia de la evaluación en términos de aceptación de conclusiones, utilización de recomendaciones, y monitoreo de su cumplimiento?

9.1.1) Si

9.1.2) No

Comentarios: si no se aceptaron ¿Cuáles fueron los intereses explícitamente más reactivos a dicha devolución? ¿Por qué? Si se aceptaron ¿pudo saber si se pusieron en práctica? ¿Cómo lo supo?

9.2) En relación al objetivo del mejoramiento de las intervenciones humanitarias (en curso y futuras) mediante la ejecución de evaluaciones: ¿Considera o le consta a Usted que las mismas inciden en modificaciones en la planificación, programación, o protocolos de intervención?

9.2.1) Si

9.2.2) No

Comentarios: explique brevemente motivos por los cuales inciden o no según su parecer en la toma de decisiones oportunas y pertinentes, y qué modificaciones sugeriría introducir en las evaluaciones en el sentido de facilitar sus hallazgos/recomendaciones por los decisores.

9.3) ¿Considera Usted que las evaluaciones aportan a la memoria institucional de la organización?

9.3.1) Si

9.3.2) No

Comentarios: En el caso que la respuesta fuese positiva: ¿cuáles? En el caso que la respuesta fuese negativa: ¿cuáles son las razones que a su entender explican dicha ausencia de contribución a la memoria institucional? ¿Qué cambio/s sugeriría introducir en este sentido? Añada aquí también comentarios generales sobre modificaciones que sugiera introducir a las evaluaciones o al sistema de evaluaciones de intervenciones humanitarias, en cuanto a su concepción, modelo y metodología, a fin de mejorar el proceso de aprendizaje personal y de aprendizaje y memoria institucional.