

SOCORROS



18 Informe de Evaluación

Evaluación de la Cooperación Española en salud en Mozambique



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN
Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PARA EL DESARROLLO

18 Informe de Evaluación

Evaluación de la Cooperación Española
en salud en Mozambique



Febrero 2005

Edición: Diciembre de 2005
Fotografías: Tona Liziana

© Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2005
Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo

Este documento se puede descargar de la página web del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación www.mae.es, o bien, de la página de la Agencia Española de Cooperación Internacional www.aeci.es

Este informe ha sido elaborado por una consultoría independiente sin previa participación en las actividades evaluadas.

Las opiniones y posturas expresadas en este informe de evaluación no se corresponden necesariamente con las del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

NIPO: 502-05-027-X
Depósito Legal: xxxxxxxxxxx

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del Copyright.

Para cualquier comunicación relacionada con esta publicación, diríjase:

Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
Príncipe de Vergara, 43, 5ª planta. 28001 Madrid

Tel.: +34 91 379 96 86

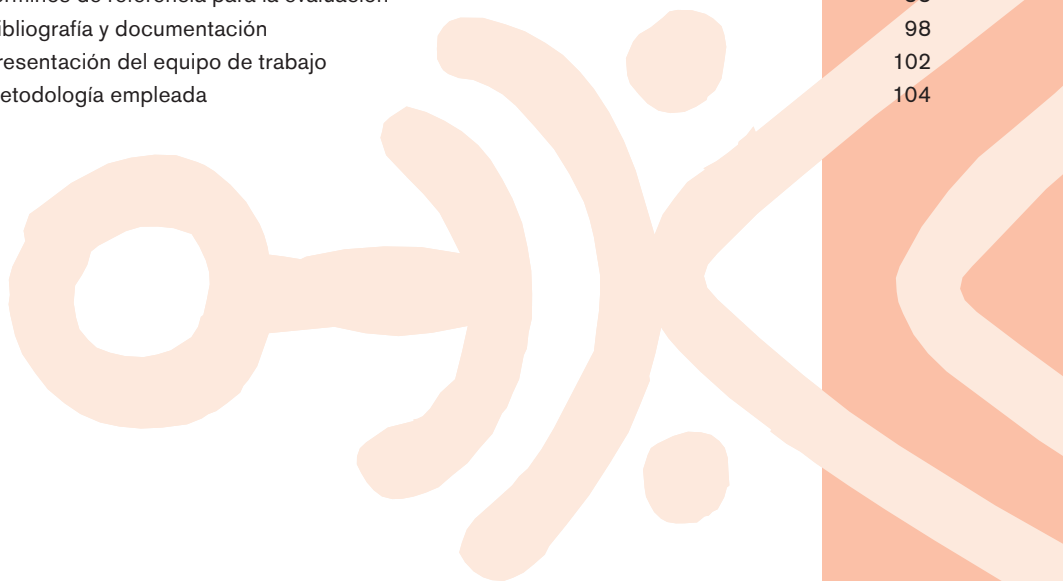
Fax: +34 91 431 17 85

dgpolde@mae.es

Índice

Listado de acrónimos	5
Prólogo	7
Resumen ejecutivo	9
1. Introducción	19
1. Antecedentes y objetivo de la evaluación	20
2. Estructura de la documentación presentada	21
3. Metodología empleada en la evaluación	21
4. Condicionantes y límites del estudio	22
5. Contexto de la evaluación	23
5.1. Antecedentes y situación actual de la Cooperación Española en general y en el sector salud en Mozambique	23
5.2. Contexto de país	31
2. Descripción de las intervenciones	43
1. Federación de asociaciones de Médicos Mundi España	45
2. Médicos del Mundo	46
3. Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC)	47
3.1. Apoyo al Programa Nacional de Cirugía de Mozambique (2ª Fase)	47
3.2. Rehabilitación Funcional del Hospital Provincial de Cabo Delgado	47
3.3. Mejora de la Capacidad Funcional de los Hospitales Rurales	47
3.4. Asistencia Técnica y Formación de Recursos Humanos para el Sector Hospitalario	47
4. Fundació Clínic	31
3. Resultados	49
1. Dimensiones evaluadas por proyecto	50
1.1. Pertinencia	50
1.2. Eficacia	54
1.3. Eficiencia	57
1.4. Impacto	59
1.5. Sostenibilidad o Viabilidad	61
2. Coordinación entre actores	63
4. Conclusiones y enseñanzas obtenidas	67
1. Conclusiones	68
1.1. Integración y coherencia de las acciones con los planes nacionales y de la CE y relevancia de las acciones financiadas respecto a las necesidades sanitarias del país	68

1.2.	Implicación de las autoridades sanitarias en las acciones	70
1.3.	Sinergia, complementariedad o competitividad de acciones entre la CE y con otros donantes. Fortalecimiento institucional y del sistema sanitario	71
1.4.	Grado de cumplimiento de los objetivos. Logro de los resultados con relación a los recursos utilizados y factores que afectan al logro de los mismos	72
1.5.	Efectos de los proyectos financiados por la CE en Mozambique	74
1.6.	Sostenibilidad de los proyectos	76
2.	Fortalezas y debilidades de la CE en el sector salud en Mozambique	78
5.	Recomendaciones	81
1.	Para mejorar el impacto de los proyectos en ejecución	82
2.	Para mejorar el impacto de la AOD española en Mozambique	83
3.	Sobre los mecanismos operativos y de gestión	84
4.	Sobre los mecanismos de financiación	84
6.	Anexos	87
I.	Términos de referencia para la evaluación	88
II.	Bibliografía y documentación	98
III.	Presentación del equipo de trabajo	102
IV.	Metodología empleada	104



Listado de acrónimos

ACS	Agentes Comunitarios de salud
AFD	Agencia Francesa para el Desarrollo
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APD	Apoyo Presupuestario Directo
ARV	Anti Retro Virales
AT	Asistencia Técnica
BC	Banco Central
BM	Banco Mundial
CAAE0	Cooperación con África, Asia y Europa Oriental
CD	Cabo Delgado
CE	Cooperación Española
CI	Cooperación Internacional
CIDA	Canadian International Development Agency (Agencia de Desarrollo Canadiense)
CIC	Consejo Interhospitalario de Cooperación
CCAA	Comunidades Autónomas
CISM	Centro de Investigación para la Salud de Manhiça
CNCS	Consejo Nacional para Combatir el SIDA
DAC	Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)
DAM	Departamento de Assistência Médica
DANIDA	Danish International Development Agency (Agencia de Desarrollo Danesa)
DDS	Dirección Distrital de Salud
DFID	Department for International Development (Ministerio de Cooperación Internacional del Reino Unido)
DGCAE0	Dirección General de Cooperación con África, Asia y Europa Oriental
DPPC	Dirección Provincial de Planificación y Cooperación
DPS	Dirección Provincial de Salud
EELL	Entidades Locales
ERP	Estrategia para Reducción de la Pobreza
FCG	Fondo Común General
FCP	Fondo Común Provincial
FCM	Fondo Común de Medicamentos
FMI	Fondo Monetario Internacional
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas

GACOPI	Gabinete de Coordinación de Proyectos e Inversión
HIPC	Highly Indebted Poor Countries (Países Pobres Altamente Endeudados)
INS	Instituto Nacional de Salud
MdE	Memorando de Entendimiento
MdM	Médicos del Mundo
MISAU	Ministerio de Saude (Ministerio de Salud)
MM	Medicus Mundi
MPF	Ministerio de Planificación y Finanzas
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OE	Orçamento do Estado (Presupuesto del Estado)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGD	Organización no Gubernamental para el Desarrollo
O&P	Operación y Mantenimiento
OTC	Oficina Técnica de Cooperación
PACI	Plan Anual de Cooperación Internacional
PARPA	Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Absoluta
PAF	Performance Assessment Framework
PAP	Programme Aid Partners (Socios del Programa de Ayuda)
PER	Public Expenditure Review (Revisión del Gasto Público)
PES	Plan Económico y Social
PESS	Plan Estratégico del Sector Salud
PNM	Plan Nacional contra la Malaria
PNC	Programa Nacional de Cirugía
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper (Documento Estratégico para la Reducción de la Pobreza)
RRHH	Recursos Humanos
SECI	Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional
SGPEPD	Subdirección General de Evaluación y Planificación de Políticas de Desarrollo
SNS	Sistema Nacional de Salud
TdR	Términos de referencia
UE	Unión Europea
USAID	United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)

Prólogo

La Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE) de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI) del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, realiza periódicamente evaluaciones de las diferentes actuaciones e instrumentos de la Cooperación Española, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19.4 de la Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. De acuerdo con su Plan de Evaluación 2004, la DGPOLDE coordinó una evaluación externa de la actuación de la cooperación española en el ámbito sanitario en Mozambique.

El objetivo de esta evaluación ha sido analizar las actuaciones de la cooperación española en salud en el contexto de las nuevas estrategias de cooperación internacional, de la situación del sector sanitario en Mozambique y de las nuevas políticas de cooperación del gobierno español. Asimismo, reconocer las fortalezas y debilidades de la Cooperación Española en el sector salud - tanto el impacto en el apoyo institucional a los mecanismos nacionales de salud, como el impacto, pertinencia y coherencia de los proyectos de las ONGD españolas en Mozambique. Por último, pretende distinguir la función y contribución de los distintos actores de la Cooperación Española en el sector salud en Mozambique y obtener recomendaciones aportando aspectos relevantes para orientar la ejecución de las líneas de acción puestas en marcha.

El proceso de evaluación comenzó en abril de 2004 y se completó en marzo de 2005, y fue realizada por HLSP Consulting.

La DG POLDE pretende contribuir con esta evaluación a mejorar la actuación de los distintos actores de la Cooperación Española en Mozambique.





Resumen ejecutivo



Resumen ejecutivo

1. Antecedentes, objetivo y metodología

En Marzo de 2004 el gobierno de España inició un proceso de reorientación de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española con el propósito de alinear sus políticas e instrumentos con las nuevas tendencias de la cooperación internacional y reforzar su enfoque hacia la lucha contra la pobreza. Para todo ello, la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional (SECI) inició una serie de evaluaciones de sus actuaciones, enfocadas a conocer el resultado de lo realizado hasta ahora y a valorar cómo mejorar su impacto y adecuación a las necesidades de los países receptores de esta ayuda.

Para iniciar el proceso de análisis de las actuaciones de la cooperación española (CE) la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo de la SECI decidió realizar una primera evaluación de la CE en el sector salud en Mozambique, por ser este sector uno de los que consume más recursos de la CE y por ser Mozambique un país con el que España lleva colaborando desde el año 1989 y al que dedica el 25% del total de los recursos destinados a África Sub-Sahariana. Mozambique es, además, el primer país en el que España ha decidido integrarse al grupo de países que contribuyen a fondos comunes gestionados por el Ministerio de Salud de Mozambique dentro de la iniciativa de Enfoque Sectorial (ES) o SWAP que se describe más adelante.

A partir de la revisión de una muestra de actuaciones de la CE en salud en el periodo 2001-2004 esta evaluación analiza la coherencia, eficiencia, eficacia, sostenibilidad, valor añadido e impacto de la cooperación española en salud en Mozambique. Se partió de una revisión documental y de entrevistas con informadores clave en España, que permitieron la preparación de un informe preliminar de temas y asuntos clave de cara a preparar la visita de campo. En la visita de

campo, en Noviembre del 2004, las consultoras entrevistaron al personal de los proyectos, a sus contrapartes nacionales y al personal de agencias de cooperación, incluidos por supuesto los funcionarios de la Oficina Técnica de Cooperación de la CE en Maputo. También se recogió una cantidad importante de documentación adicional.

Es importante enfatizar que el objetivo principal de la evaluación es reconocer las fortalezas y debilidades de la CE en el sector salud, tanto el impacto en el apoyo institucional a los mecanismos nacionales de salud, como el impacto, pertinencia y coherencia de los proyectos de las ONGD españolas en Mozambique. Así como identificar propuestas para reorientar determinadas líneas de acción, y aportar recomendaciones acerca de la participación de España en la modalidad de apoyo presupuestario sectorial, en este caso a través de fondos comunes vinculados al proceso de Enfoque Sectorial o SWAP.

2. Contexto de la evaluación

La cooperación española ha ido incrementando progresivamente el volumen de la AOD a Mozambique. En el año 2004 se ejecutaron proyectos por valor de unos 10 millones de euros. La mayor parte de esta cooperación se realiza a través de ONGDs, que también canalizan la mayor parte de la ayuda que procede de comunidades autónomas (CCAA) y corporaciones locales.

La CE dedica un 29% del presupuesto total para el país al sector salud, y concentra sus acciones en Maputo, Gaza, y principalmente Cabo Delgado, donde España es el primer donante por razones históricas y operativas. Las prioridades de cooperación en el sector son: la Atención Primaria en áreas rurales (infraestructura y capacitación), VIH/SIDA, Cooperación Hospitalaria, Investigación, Asistencias Técnicas y Apoyo Presupuestario Sectorial.

La Cooperación Española (CE) dispone de diferentes instrumentos para dar respuesta a las necesidades y prioridades manifestadas por los propios países receptores de su ayuda. Entre los más importantes cabe mencionar la ayuda canalizada a través de ONGDs, que ya se ha citado anteriormente.

Un segundo instrumento de la CE son los créditos FAD. La controversia de los créditos FAD se debe tanto a las "condicionalidades" del préstamo, que obliga al país receptor a la compra y/o contratación de bienes y servicios españoles, como a la propia naturaleza de este instrumento de préstamo, de dudosa relevancia en una cooperación destinada a reducir la pobreza en un país altamente endeudado.

Como ya se ha dicho antes, y a excepción del "experimento" de contribuir al fondo común provincial, es notoria la falta de otros instrumentos de cooperación tales como el Apoyo Presupuestario Directo (APD) al presupuesto del estado que es, sin ninguna duda, el que ha experimentado un mayor crecimiento entre los cooperantes externos de Mozambique en los últimos años. Esta tendencia se ha consolidado en los últimos años y en el año 2000, por ejemplo, la proporción de fondos externos gestionados directamente por el gobierno aumentó de un 37% a un 60%. De hecho, la razón de que el gobierno de Mozambique haya podido cumplir sus compromisos de financiación a los sectores sociales, adquiridos con el FMI y otros organismos en el contexto de la lucha contra la pobreza, se ha debido al aumento de las partidas de APD y no a mejoras fiscales o a un aumento del PIB.

Los donantes que aportan al APD (conocidos como los PAP – Programme Assistance Partners) constituyen el grupo de mayor influencia en el contexto del desarrollo en Mozambique, además de por su peso financiero, por financiar los programas de lucha contra la pobreza y monitorear un gran número de variables asociadas al subdesarrollo, como son la lucha contra la corrupción, el refuerzo de la democracia y la justicia, o la reforma del sector público, entre otras. España participa como observador en este grupo desde el año 2003 pero no está incluida en este Grupo, lo que no parece corresponderse con su peso específico y vocación de ayuda al país, por lo que la posibilidad de que España preste APD debería replantearse en el contexto de la estrategia de país. La participación de España en esta modalidad de cooperación estaría alineada con las estrategias y los instrumentos de

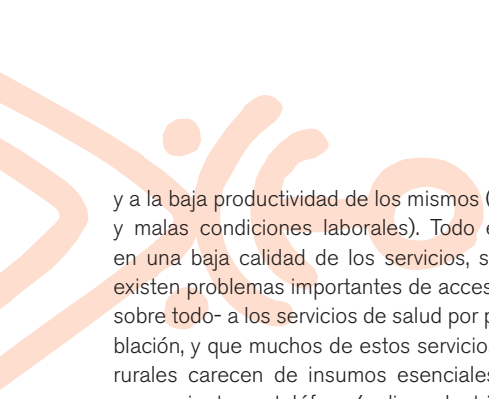
cooperación definidos por el propio gobierno de Mozambique (preferencia por el enfoque sectorial y por el apoyo presupuestario) y adoptadas en los últimos años por la cooperación internacional.

Por último, cabe hacer mención a los actores de la CE que, además de la AECI, agrupan a las comunidades autónomas y corporaciones municipales que también financian desarrollo y, a veces, incluso gestionan proyectos, aunque sea a través de intermediarios como ONGDs españolas. Y a otros Ministerios con competencias en esta área. Algunas iniciativas de la CE, como el programa VITA, han intentado, y hasta cierto punto conseguido, una coordinación entre los diferentes actores, buscando complementariedad entre ellos. Sin embargo, su funcionamiento es reciente y será preciso fortalecer este tipo de iniciativas, e incorporar nuevas, si se quiere conseguir mejorar esa coordinación.

Situación de Salud y Sistema de Salud en Mozambique

Tras la independencia, y después de una cruenta guerra civil, Mozambique alcanzó su estabilidad política en el año 1992. A partir de entonces el país ha conseguido grandes avances en su lucha contra la pobreza y en la mejora de sus indicadores de desarrollo humano, además de estar considerado uno de los países africanos donde la cooperación externa está mejor integrada y alineada con la estrategia de lucha contra la pobreza, y con otras políticas macroeconómicas y sociales del gobierno nacional. A pesar de todo ello, Mozambique sigue siendo uno de los países más pobres y endeudados del mundo, con peores indicadores sociales y de salud que la media de África Sub-Sahariana y que sus vecinos, y con una de las peores epidemias de VIH/SIDA de África.

El sistema de salud de Mozambique fue, en su día, uno de los más avanzados de África, pero la larga guerra civil lo dejó altamente fracturado, con sus infraestructuras devastadas, con escasísimos recursos humanos y materiales y sin apenas estructuras de planificación y gestión. No es extraño, por tanto, que el actual sistema de salud de Mozambique, a pesar de haberse reconstruido y mejorado de forma notable, presente todavía una baja capacidad resolutoria, debida en gran parte a la escasez de recursos humanos (cuadros médicos y de enfermería, cuadros intermedios de gestión)



y a la baja productividad de los mismos (bajos salarios y malas condiciones laborales). Todo ello repercute en una baja calidad de los servicios, sin olvidar que existen problemas importantes de acceso -geográfico sobre todo- a los servicios de salud por parte de la población, y que muchos de estos servicios en las áreas rurales carecen de insumos esenciales como agua, saneamiento, un teléfono/radio o electricidad.

Aunque el sistema de salud ha iniciado un proceso de desconcentración de la gestión hacia las provincias y distritos, el sistema de salud de Mozambique continúa siendo altamente centralizado. Así, aunque las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) son en principio responsables de la ejecución de los programas y de la gestión del personal, todas las decisiones importantes referentes a la asignación de recursos humanos, materiales o financieros (hasta el nivel de distrito) se toman en el nivel central, sin que existan niveles de consulta o concertación con las provincias/distritos que permitan una planificación compartida o basada en las necesidades definidas a nivel local.

Para empeorar la situación, el flujo de recursos financieros desde el nivel central sufre de continuos retrasos, en ocasiones de varios meses, que reducen aún más la ya precaria capacidad gestora de las provincias y distritos. Los problemas de liquidez "ahogan" de forma especial a los distritos, generándose crisis que son solventadas en muchas ocasiones por las ONGD, o bien a través de los proyectos que ejecutan o bien a través de la ayuda presupuestaria que algunas de ellas brindan a las provincias. De hecho, la única información pormenorizada a nivel de presupuestos que los distritos de Cabo Delgado parecían manejar durante nuestra visita de campo, era la aportación directa que algunas agencias de la cooperación externa (incluida España) realizan a través de las ONGD.

Por todos estos motivos y a pesar del aumento notable de los presupuestos de salud del estado (en gran parte gracias al apoyo presupuestario directo de algunos cooperantes) y de las aportaciones de la cooperación externa al sector, el sistema de salud no consigue transformar estos recursos en mayor cantidad y calidad de servicios al ritmo que sería de esperar. Los instrumentos actuales de planificación, presupuestación y supervisión son todavía débiles y fragmentados, no permiten asignar recursos en base a necesidades ni tampoco evaluar el impacto de los mismos.

Sin embargo, para realizar un juicio ajustado es necesario considerar la situación en la que se hallaba el país y su sistema de salud hace tan solo 5 años, y reconocer que, a pesar de las deficiencias, se han dado avances extremadamente importantes a nivel de sector, que permiten mirar al futuro con un cierto optimismo. Entre dichos avances, el Plan Estratégico para el Sector Salud (2000-2005-2015), el Plan Nacional de Lucha contra el Sida, las mejoras en la gestión económico-financiera en el MISAU a nivel central, la planificación pactada integral a nivel de las provincias, la consolidación de planes operativos anuales, la implantación del nuevo sistema de administración pública (SISTAFE) o la ya mencionada notable mejora en la planificación y gestión de los fondos de la cooperación externa en salud a través del SWAp.

El SWAp y la cooperación externa en salud en Mozambique

En el año 1998, y coincidiendo con la elaboración del Plan Estratégico del Sector Salud, el MISAU y sus principales cooperantes externos decidieron adoptar un mecanismo de ES o SWAp. Basado en un Código de Conducta (revisado en el 2003), el SWAp compromete al MISAU y sus principales socios de la cooperación externa a consensuar las líneas estratégicas y prioridades principales del sector, así como a dirigir y unificar una cantidad creciente del financiamiento externo hacia las mismas. El SWAp está vinculado a mecanismos de planificación (el Plan Operativo Anual - POA), de revisión (las Revisiones Conjuntas Anuales) y de financiamiento (los Fondos Comunes, entre otros). El SWAp requiere además del desarrollo de mecanismos transparentes de gestión financiera para establecer prioridades, asignar recursos y contrastar el gasto real con el presupuestado (en el POA). Sin duda que el SWAp ha contribuido de forma notable al fortalecimiento del MISAU en su rol de liderazgo y regulación del sector, permitiéndole dirigir y controlar mejor los recursos, tanto los procedentes del presupuesto del estado como los de la cooperación externa. También ha permitido al MISAU trabajar de forma dialogante y ordenada con los cooperantes bilaterales y multilaterales, a través del grupo conocido como el GT-SWAp (Grupo de Trabalho do SWAp) que se reúne quincenalmente.

En cuanto al financiamiento del sector, el SWAp mozambiqueño utiliza el mecanismo de fondos comunes.

Estos fondos, inicialmente gestionados por la cooperación suiza, han ido evolucionando con el tiempo, con un número cada vez mayor de países contribuyendo a los mismos. En el año 2004, los fondos comunes representaron 63 millones de dólares, un 42% del total del financiamiento externo al sector, lo cual confirma la tendencia creciente del financiamiento a través de fondos en los últimos años (17% en el 2001; 21% en el 2002; 33% en el 2003).

Desde el año 2004 los fondos comunes son gestionados por la Dirección Administrativa y de Gestión del MISAU. La expectativa es reducir con el tiempo el número de fondos comunes (de los que, por razones históricas, hay tres en la actualidad), e integrarlos totalmente a los recursos del tesoro como apoyo presupuestario directo. Sin embargo, dicha transición, deseada por todos, solo se realizará cuando el Ministerio de Finanzas sea capaz de garantizar la correcta distribución puntual de estos recursos y solvente problemas de gestión financiera que originan retrasos importantes en las partidas sectoriales.

Si bien ha representado un avance fundamental, el SWAp está aún lejos de alcanzar el nivel de madurez al que todos aspiran. Por un lado, no todos los cooperantes han asumido en la práctica el mismo nivel de compromiso respecto al código de conducta, por lo que el MISAU carece todavía de información sobre las actividades y montos de financiamiento de algunas agencias de cooperación (por ejemplo USAID o JICA). También coexisten dentro del SWAp agencias de cooperación que no contribuyen a fondos comunes (como era el caso de España hasta finales del 2004), lo cual no se considera una debilidad sino que refuerza el carácter abierto e integrador de este mecanismo.

Por último, todos los entrevistados coinciden en señalar que el SWAP no es una panacea para la resolución de los muchos problemas del sector y del MISAU. Por ejemplo, dada la centralización y alta burocratización de la gestión en el sector público, el SWAp no ha conseguido resolver la falta de recursos a nivel de provincias y distritos, ni poner en vías de solución problemas acuciantes del sector como son la escasez y bajo rendimiento de los recursos humanos. Por los mismos motivos, tampoco se puede decir que el SWAP haya empeorado dichos problemas o que la resolución de los mismos resultaría más fácil fuera del mecanismo de SWAp.

Cabe destacar algunos de los condicionantes del entorno que pueden hacer fracasar el proceso SWAp y que han de ser considerados por donantes y el Go-

bierno para asegurar los potenciales beneficios de este proceso:

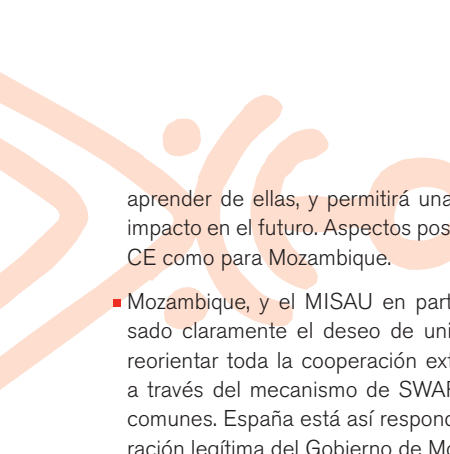
- Una débil capacidad del gobierno para implantar y gestionar los programas.
- No enfocarse en las áreas prioritarias y establecer inicialmente unas prioridades inadecuadas.
- Poca capacidad del gobierno para rendir cuentas.
- En caso de incumplimiento del Gobierno, los donantes pueden decidir suspender la ayuda lo que puede tener un impacto muy negativo en el sistema.

La CE en el contexto del enfoque sectorial-SWAp

España ha participado en el SWAP desde el año 2001, aunque no ha sido hasta Octubre del 2004 cuando se ha firmado la adenda al Memorando de Entendimiento (MdE) PROSAUDE que permite y compromete a la CE a contribuir al Fondo Común Provincial, por un monto inicial de 1 millón de Euros en el 2005. Futuras contribuciones deberán fijarse dentro de los mecanismos propios del PROSAUDE, que establece procedimientos y plazos para que los firmantes confirmen sus compromisos financieros al fondo, aumentando la capacidad de predicción de los montos de cooperación externa por parte del MISAU. El memorando firmado por España tiene una duración de cuatro años y permitirá una participación más activa de la CE en los trabajos del GT-SWAP en general, y en los del grupo de donantes del PROSAUDE en particular, lo cual es importante pues el grupo PROSAUDE incluye a las agencias de cooperación más avanzadas (incluyendo Británicos y Escandinavos). La Generalitat Catalana se ha sumado a esta iniciativa firmando también la adenda al FCP y aportando medio millón de euros.

No es fácil contestar a la pregunta sobre que ventajas supone la contribución de España al SWAP en lugar de continuar financiando, como lo ha estado haciendo, proyectos implementados por ONGDs. Este aspecto se trata posteriormente, pero es apropiado realizar en este punto las siguientes consideraciones:

- Es importante para España estar presente en todas las iniciativas de desarrollo que tienen lugar en Mozambique, incluido el SWAP y su mecanismo de financiamiento por fondos comunes, una iniciativa totalmente nueva para la CE. Dicha participación aumentará la visibilidad de nuestra CE, la situará entre las cooperaciones más avanzadas y le permitirá



aprender de ellas, y permitirá una valoración de su impacto en el futuro. Aspectos positivos tanto para la CE como para Mozambique.

- Mozambique, y el MISAU en particular, han expresado claramente el deseo de unificar, simplificar y reorientar toda la cooperación externa en el sector a través del mecanismo de SWAP y de los fondos comunes. España está así respondiendo a una aspiración legítima del Gobierno de Mozambique.
- Casi todas las cooperaciones complementan su financiamiento por fondos comunes al sector salud con otros instrumentos financieros, por lo que no hay porqué excluir de la futura CE otras formas de financiamiento, ya sea a través del apoyo presupuestario directo (que de momento España no presta) o bien a través de otros organismos como las ONGDs (que se trata en la próxima sección).
- Lo que sí debe evitarse, dado el monto total limitado de la CE en Mozambique es dispersar en exceso los recursos (con el consiguiente aumento de los costes administrativos de la CE para realizar el seguimiento y evaluación de los mismos), o adoptar mecanismos e instrumentos que el propio gobierno considera poco adecuados tales como el financiamiento vertical de programas o la implementación de proyectos que no sean diseñados, ejecutados y financiados desde los propios estamentos del MISAU.
- Todos estos cambios en el contexto de la cooperación internacional van a afectar a las ONGDs que trabajan en el sector salud, que van a tener que coordinarse más y mejor con el gobierno a nivel central, e integrarse más en los nuevos mecanismos de cooperación. En cualquier caso, la verdadera cuestión es determinar si las ONGDs representan un valor añadido, es decir, algo que los otros mecanismos de cooperación por sí mismos no consiguen y que supone un beneficio claro para el país receptor, como lo son la innovación, la capacitación o la provisión de asistencia técnica que no pueda ser prestada por el propio MISAU.

El Ministerio de Salud de Mozambique está preparando sistemas de contratación de ONGDs y espera, en un futuro, poder utilizar los fondos del PROSAUDE para contratar asistencias en el área de VIH/SIDA y en otras áreas, a través de ONGDs especializadas. Durante este periodo de transición, y hasta que existan las condiciones que permitan su funcionamiento,

la cooperación y financiamiento en el sector a través de ONGDs puede representar valor añadido y deberia por lo tanto mantenerse. Este punto se argumenta más tarde.

3. Resultados y conclusiones

Pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad de los proyectos

Los proyectos financiados por la AOD española y ejecutados por las ONGDs en Mozambique gozan de una gran credibilidad en cuanto a la ejecución de sus acciones, con algunas excepciones descritas en el documento. En general, los proyectos se adecuan a las necesidades de la población, a los objetivos de desarrollo nacionales y a las prioridades de la Cooperación Española. Han conseguido cumplir con la mayoría de sus objetivos e integrarse en el sistema de salud mozambiqueño, sobre todo a nivel de las provincias. Diversos factores han dificultado una mayor eficacia, eficiencia e impacto de estos proyectos:

- *A nivel de Provincias y Distritos:*
 - Los débiles mecanismos operativos de la DPS, que han ocasionado, por ejemplo, retrasos en la ejecución de las obras de infraestructura.
 - La limitada capacidad en planificación estratégica, operativa y de ejecución presupuestaria (retrasos en los desembolsos de fondos de contraparte) en la provincia y los distritos, y sus dificultades para cumplir los compromisos y plazos acordados.
 - La escasez y baja capacidad de los RRHH, y la alta rotación del personal de salud, unida a frecuentes abandonos del lugar de trabajo incentivados por la asistencia a cursos de formación donde reciben sumas importantes de dinero en concepto de dietas.
 - Alta periodicidad de las actividades de carácter continuo/periódico (supervisiones, elaboración de informes, etc.) marcadas por el MISAU y que retrasan el cumplimiento de objetivos.
 - Problemas naturales y estructurales que dificultan el acceso a los lugares de acción, unido a la gran dispersión geográfica de las zonas de intervención.
 - Brotes epidémicos.
- *A nivel central:*
 - Alta centralización del sistema y limitada capacidad de gestión.

- Asignación de fondos a las provincias poco racional y retrasos en los desembolsos.
- Disminuciones del presupuesto general del estado.
- Alta rotación de los cargos de dirección.
- Plan de formación del MISAU, que ocasiona un abandono de los puestos de trabajo.
- Baja capacidad de los RRHH.
- Baja capacidad institucional para liderar y coordinar.
- Incumplimiento de sus compromisos.

■ *A nivel de Centros de Salud y Hospitales:*

- Desequilibrada distribución geográfica del personal de mayor formación y por categorías de unidades sanitarias.
- Corta duración de la carrera profesional del personal especializado, con una formación tardía y una alta tasa de abandonos antes de la edad de la jubilación.
- Capacidades profesionales de los cirujanos y técnicos de cirugía subaprovechadas.
- Poca implicación de los especialistas médicos en cuestiones de índole organizativa y gestión del servicio.
- Mala distribución del personal de enfermería y auxiliar de las salas de hospitalización y de los quirófanos. Poca formación continua.
- Inexistencia de un sistema jerárquico de análisis y supervisión eficaz, encaminado a la optimización del sistema tanto en cantidad (mejoría de los indicadores estadísticos, rendimiento, número de transferencias, etc.) como en calidad.
- La pequeña cirugía en las unidades de salud ambulatorias realizada en la mayoría de los casos por personal sin formación quirúrgica específica y sin supervisión.

■ *A nivel de la CE:*

- El desfase temporal de los mecanismos de presupuestación de la CE con los del país dificulta la planificación de las acciones a ejecutar tanto de los distritos como de la DPS.
- La limitación en los instrumentos financieros disponibles a la CE (aunque la reciente contribución a fondos comunes ha abierto nuevas oportunidades).

■ *A nivel de los propios proyectos:*

- Falta de planes de mantenimiento de infraestructuras y equipos. Es bien conocido que la entrega/donación de equipos y el desarrollo de infraestructuras por parte de organismos de cooperación pue-

de ser poco eficaz, y aún menos sostenible, al no contar los mismos con cláusulas de mantenimiento de empresas nacionales. Esta situación, justificada quizás en sus inicios, debería ser solventada por los propios proyectos en el futuro que deben asegurar que los equipos e infraestructuras cuentan con planes de O&M, y con financiamiento para el mismo.

- Alta rotación de los cooperantes expatriados, lo que muchas veces pone en cuestión la propia eficacia de ciertas intervenciones donde la transferencia de conocimientos al nivel local no ocurre.
- Desproporción entre los (ambiciosos) objetivos definidos para algunos proyectos y los recursos disponibles para alcanzarlos.
- Dificultades de consenso con la contraparte.

¿Fortalecen los proyectos la capacidad institucional?

No se incluyen aquí aspectos específicos a cada uno de los proyectos, sino más bien algunas reflexiones generales que se derivan del análisis realizado.

En general, todos los proyectos contribuyen al fortalecimiento institucional del gobierno de Mozambique aunque en diferente medida. Las **asistencias técnicas** son valoradas como el mejor mecanismo para fortalecer las capacidades institucionales además de proporcionar un vínculo directo con los mecanismos de actuación de la administración. Estas asistencias técnicas financiadas por la CE han tenido un gran impacto a nivel de la DPS de Cabo Delgado y del Departamento de Asistencia Médica (DAM). Ambas han creado una dinámica de trabajo diferente y han mejorado la calidad de la planificación, la coordinación y comunicación con las instituciones y la cooperación, así como las capacidades de las direcciones correspondientes.

Las ONGDs han ido mejorando su capacidad técnica e integrándose en los procesos de identificación de necesidades y planificación de actividades de las instituciones sanitarias de Mozambique, principalmente a nivel de provincias y distritos. Es a este nivel donde la ayuda al país a través de ONGDs tiene una mayor justificación, considerando la escasa capacidad gubernamental y el centralismo imperante, que impiden que recursos, iniciativas o programas lleguen y tengan impacto a nivel provincial y distrital. A continuación, se describen algunos ejemplos derivados de nuestra evaluación:

- La prestación de apoyo presupuestario a las DPS o DDS a través de las ONGDs es cuestionable desde el punto de vista de la sostenibilidad y de la necesidad de asegurar que los recursos públicos (que no olvidemos incluyen una alta proporción de AOD) lleguen hasta provincias y distritos. Pero por otro lado, este tipo de ayuda económica a las zonas más pobres y desatendidas, tiene un impacto inmediato en el alivio de sus necesidades y permite la continuidad de las actividades sanitarias así como el inicio de otras.
- Las ONGDs pueden aportar valor a través de la asistencia técnica o prestación temporal de algunos servicios puntuales en áreas donde las capacidades locales son insuficientes o donde faltan modelos de trabajo que deben ser probados antes de su diseminación a mayor escala. Por ejemplo, en el desarrollo de estrategias para la reducción del VIH/SIDA o el control de otras enfermedades transmisibles, donde las ONGDs pueden dar un apoyo esencial.
- La utilización de ONGDs para proyectos de infraestructura ha tenido un impacto positivo. La necesidad de garantizar en todos los casos los contratos de O&M ya se ha mencionado. La creación, rehabilitación y dotación de infraestructuras supone una mejora de la red sanitaria y un fortalecimiento eficaz de la capacidad de los servicios de salud. Estas actividades han conseguido reforzar la capacidad del sistema de atención primaria y hospitalaria. La actividad de construcción y rehabilitación ha demostrado un alto grado de eficiencia atendiendo a los indicadores establecidos. Los beneficios sobre la población usuaria de los Centros de Salud rehabilitados o ampliados justifican la inversión realizada. Sin embargo, la falta de RRHH capacitados o la no disponibilidad de los que sí lo están para realizar el mantenimiento de los equipos reducen el impacto de estas actuaciones puesto que estos equipos e infraestructuras se abandonan y no son utilizados. Las ONGDs pueden contribuir a esta capacitación en coordinación con las prioridades definidas por el gobierno.

Es muy importante, de cara al futuro de la CE en Mozambique, garantizar que la actividad de las ONGDs representa valor añadido, y que su personal tiene los conocimientos sobre el país y la realidad local para contribuir al desarrollo.

Coherencia de la CE con el sector salud de Mozambique

Existe coherencia entre las áreas prioritarias para el sector salud definidas por la CE en su documento de estrategia (Plan Director y Estrategia de Sector) y las definidas en las políticas nacionales para el sector del gobierno mozambiqueño tomando, por ejemplo, el Plan Estratégico del Sector Salud - PESS. Estas prioridades son la atención primaria, la lucha contra el SIDA, la mejora en el acceso a los servicios de salud incrementando la cobertura, el combate de enfermedades transmisibles, la capacitación del personal esencial que permita aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención, y la mejora de los mecanismos de gestión y planificación.

Dado que todas las áreas prioritarias del PESS están, además, reflejadas explícitamente en el PARPA de Mozambique, se puede también concluir que el apoyo de la CE al sector salud está alineado con las estrategias nacionales de lucha contra la pobreza.

No obstante, debería prestarse más atención a la coherencia con las estrategias y los instrumentos de cooperación definidos por el propio gobierno de Mozambique (preferencia por el enfoque sectorial y por el apoyo presupuestario) y adoptadas en los últimos años por la cooperación internacional. Pare ello sería útil que España considerase vincularse a los donantes que prestan ayuda presupuestaria directa (los denominados Programme Aid Partners) y que se vincule a grupos y foros regionales formados por las cooperaciones más avanzadas (incluidos los que hacen seguimientos de las ERPs y de los acuerdos de armonización, entre otros).

Relevancia de la CE en el sector salud de Mozambique

Hasta hace unos años, la cooperación española tenía un papel poco relevante en el sector salud de Mozambique, resultado de canalizar la mayoría de su ayuda a través de proyectos y de no ser un participante activo en los procesos de definición de políticas sectoriales y de lucha contra la pobreza. Tampoco disponía la CE de los instrumentos financieros que le permitiesen incorporarse a las iniciativas de apoyo presupuestario.

Tras su incorporación al SWAP y su participación activa en el GT-SWAP, la CE ha ganado protagonismo y peso

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Nueva directriz de la política de cooperación española orientada hacia la alineación de su AOD con la lucha contra la pobreza y las nuevas tendencias internacionales. • Fortalecimiento de la OTC en Mozambique, mayor presencia en el sector y mayor actividad. • Impacto del apoyo presupuestario a los distritos y a la provincia de Cabo Delgado. • Alineamiento de sus actividades con sus estrategias, y con las del gobierno de Mozambique. • Integración en el sistema de salud del país y contribución al fortalecimiento institucional. • Proximidad lingüística y cultural con el país. • Continuidad y concentración en un área geográfica. • Apoyo puntual y oportunista hacia áreas de necesidad demostrada y con buenos niveles de ejecución de los proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de definición de lo que persigue exactamente la AOD Española, y limitación en sus estrategias e instrumentos de cooperación. • Hasta hace poco, limitada integración en los principales foros de desarrollo a nivel de país y sector. • Inexistencia de documento programático en Salud entre 2001-2003. • Estructura institucional confusa y excesivamente burocrática y centralizada. Poca definición de responsabilidades. • Desproporción entre la magnitud de los objetivos y los recursos disponibles en algunos proyectos. • Procesos e instrumentos de evaluación de la CE débiles e inadecuados. • Excesivo número de actores dentro del marco institucional de la CE. Poca coordinación o falta intercambio de información, resultando en una baja capacidad de contabilizar los recursos que se destinan a este sector y país. • Falta de previsión para la viabilidad de lo financiado (infraestructuras y equipos).

específico en los últimos dos o tres años a nivel de los centros de decisión del sector. La iniciativa de la OTC de sumar la CE al grupo del PROSAUDE es muy importante, pues permitirá a España influir de manera más directa y visible en las políticas sectoriales. La OTC también ha mejorado la coordinación entre los distintos actores de la CE, y de ésta con el gobierno de Mozambique.

Fortalezas y debilidades de la CE

Todos los resultados señalados nos permiten identificar algunas fortalezas y debilidades de la CE que opera en el sector salud de Mozambique y que se pueden resumir en:

4. Recomendaciones

Para mejorar el impacto de los proyectos en ejecución

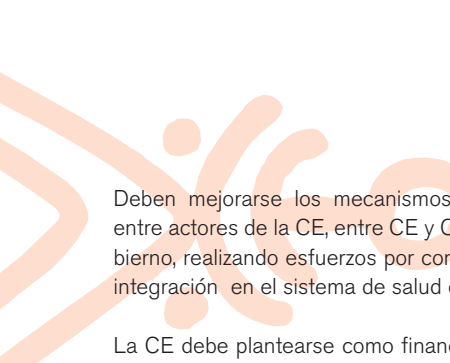
Los planes de capacitación a nivel de distritos deben orientarse a generar capacidades en las áreas de administración, planificación y gestión, de manera que se garantice el cumplimiento de las actividades planificadas y presupuestadas y se haga de manera racional.

Debe tenderse a la formación continuada en el lugar de trabajo evitando la formación a través de cursos en el exterior que suponen su abandono, debido al incentivo económico de las dietas que reciben los asistentes.

Deberían fortalecerse las actuaciones sobre VIH/SIDA. Considerando la magnitud de este problema, los proyectos orientados a mejorar esta situación deben tener líneas claras de acción articulando una serie de actividades sostenibles y bien definidas que permitan hacer frente a la situación en coordinación con las autoridades sanitarias.

Se considera pertinente profundizar más en el enfoque de género de los Programas, con una estrategia definida para trabajar en esta área, mejorando y aumentando las actividades de capacitación y sensibilización.

Todos los proyectos de equipos e infraestructura deberían incluir un plan de **operación y mantenimiento** con financiamiento para el mismo. Esta situación debería ser solventada por los propios proyectos en el futuro que deben asegurar que cuentan con financiamiento para dichos planes. Es aconsejable contribuir a estimular las capacidades al nivel local, lo que permitirá utilizar con mayores garantías los mecanismos definidos por el gobierno para mantenimiento y ejecución de obras.



Deben mejorarse los mecanismos de coordinación entre actores de la CE, entre CE y CI y entre CE y gobierno, realizando esfuerzos por conseguir una mayor integración en el sistema de salud de Mozambique.

La CE debe plantearse como financiar los estudios y evaluaciones previas al diseño de cualquier proyecto, de manera que se garantice que las propuestas que reciben se ajusten a la realidad del entorno donde han de ser ejecutadas.

Para mejorar el impacto de la AOD española en Mozambique

La gestión y el control de la ayuda presupuestaria a nivel de provincias y distritos son mucho más ágiles y seguros que al nivel central. El seguir proporcionando este apoyo, incluso aumentándolo, con una supervisión adecuada, puede tener un efecto más inmediato y un mayor impacto sobre aquellas poblaciones más desfavorecidas para las cuales, y considerando la situación actual del gobierno de Mozambique en cuanto a su nivel de centralización y a su capacidad de gestión, este beneficio no existiría. Sin embargo, será necesario definir como quiere continuar realizándose este apoyo para conseguir una mayor efectividad y quién debe hacerlo.

La financiación de las asistencias técnicas puede tener más impacto que otras actuaciones en el fortalecimiento de las capacidades institucionales de planificación y gestión, así como de supervisión y evaluación. Es necesario que se decidan conjuntamente con el gobierno y, si es posible, con los otros donantes, para que de esta forma se asegure que la CE está aportando aquellas áreas de experiencia en las que tiene un valor añadido, al mismo tiempo que da cobertura a las necesidades reales del sector y se complementa con otras asistencias técnicas, evitando duplicaciones.

La participación en el SWAp salud de Mozambique le permitirá disponer de un mayor conocimiento de la situación de la cooperación internacional en el país y disponer de mayor información sobre las actuaciones y planes del MISAU. Esta iniciativa permitirá iniciar un rápido aprendizaje sobre las ventajas y desventajas de los SWAps y su posible aplicación en otros países. Asimismo, permitirá aumentar la visibilidad de la CE y una valoración de su impacto en el futuro. La CE, como miembro con capacidad de decisión en el SWAp, debe disponer de una política de acción clara y tener una buena representación ante la cooperación interna-

cional, con capacidad participatoria y decisoria, que le permita ser parte activa de los acuerdos que se alcanzen para mejorar la eficiencia e impacto de la ayuda internacional al sector.

Será útil que España considere la posibilidad de prestar ayuda presupuestaria directa vinculándose al grupo de donantes que ya realizan este tipo de cooperación y que tienen mayor influencia en el contexto del desarrollo en Mozambique.

Es necesario iniciar un proceso de descentralización de la CE. La OTC debe tener un mayor protagonismo y una mayor responsabilidad en la toma de decisiones, puesto que está más cerca de la realidad y conoce mejor las necesidades, los problemas y su contexto. Será necesario redefinir con claridad las responsabilidades de la OTC y las del nivel central incrementando las capacidades y recursos de esta OTC en relación al aumento proporcional de los fondos que reciben y del nivel de responsabilidad transferido.

La cooperación al desarrollo debería revisar la efectividad del principal instrumento de la cooperación bilateral reembolsable, los créditos FAD y plantearse la idoneidad de este tipo de cooperación al desarrollo.

Las ONGDs se van a ver obligadas a adaptarse a los cambios que se están produciendo con los nuevos mecanismos de financiación. Las ONGDs podrán aportar valor a través de la asistencia técnica o prestación temporal de algunos servicios puntuales en áreas donde las capacidades locales son insuficientes o donde faltan modelos de trabajo que deben ser probados antes de su diseminación a mayor escala, a través de los procesos de contratación definidos por el MISAU.

La financiación al sector a través de ONGDS debe seguir realizándose, durante este periodo de transición y hasta que el proceso se haya establecido plenamente. Pero la CE en Mozambique debe garantizar que la actividad de las ONGDs representa valor añadido y que el personal de las mismas tiene los conocimientos sobre el país y la realidad local que les permita contribuir al desarrollo.

La CE debe avanzar hacia un modelo integral de cooperación donde tengan lugar diferentes modalidades de cooperación siempre y cuando estas sean complementarias y estén armonizadas con las políticas del gobierno del país y de la CI que allí opere. El cambio ha de ser gradual y negociado con todos los actores.

CENTRO DE SAÚDE DE MURREBUE

1 Introducción



1 Introducción

1. Antecedentes y objetivo de la evaluación

La Subdirección General de Evaluación y Planificación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) de la SECI ha decidido de acuerdo a su plan de evaluación 2004 proceder a realizar una evaluación de la actuación de la cooperación española en el ámbito sanitario de Mozambique.

El objetivo de esta evaluación es analizar las actuaciones de la cooperación española en salud en el contexto de las nuevas estrategias de cooperación internacional, de la situación del sector en Mozambique y de las nuevas políticas de cooperación que el gobierno español quiere adoptar. Y realizarlo a través de la evaluación de una muestra de cuatro proyectos.

La evaluación tiene como objetivos principales:

- Reconocer las fortalezas y debilidades de la Cooperación Española en el sector salud - tanto el impacto en el apoyo institucional a los mecanismos nacionales de salud, como el impacto, pertinencia y coherencia de los proyectos de las ONGD españolas en Mozambique.
- Distinguir la función y contribución de los distintos actores de la Cooperación Española en el sector salud en Mozambique.
- Obtener recomendaciones acerca de la participación de España en la modalidad de apoyo presupuestario tipo SWAP en el país.
- Aportar aspectos relevantes para orientar la ejecución de las líneas de acción puestas en marcha.

Las razones por las que se ha decidido que esta evaluación se inicie en Mozambique y el sector salud son varias:

- En primer lugar y de acuerdo a las informaciones recogidas, esta evaluación ya fue solicitada por la OTC de Mozambique hace algún tiempo, interesada en conocer si la cooperación española que se está realizando en ese país es coherente, razonable, responde a la realidad del país y cumple con los criterios de buena práctica definidos por la cooperación internacional.
- Mozambique es además el primer receptor de ayuda no reembolsable entre los países de la región, al que España destina un presupuesto de unos 9.300.000 euros anuales (25% del total de los recursos destinados a África Subsahariana).
- La cooperación española tiene una larga relación de cooperación con este país, donde inició sus primeros programas en el año 1989.
- Las ONGDs españolas que allí operan han ido adquiriendo una experiencia y trayectoria que es necesario evaluar para identificar las lecciones aprendidas.
- El sector salud es el que consume más recursos de la cooperación española en Mozambique (44% de la ayuda).
- El modelo de AOD existente en este país sigue un patrón que se caracteriza por una alta dependencia de la cooperación externa y una cooperación internacional que se orienta cada vez más hacia el apoyo presupuestario.
- España desea continuar apoyando a Mozambique, y hacerlo de forma integrada con otras cooperaciones y alineada con la estrategia en salud definida por el propio gobierno de Mozambique, por lo que es conveniente y oportuno plantear estrategias que aumenten la eficacia y eficiencia de la ayuda española.

A partir de una revisión de las actuaciones de la cooperación española en salud de los últimos años esta evaluación analiza la pertinencia, eficiencia, eficacia, sostenibilidad, sinergia, valor añadido e impacto de la cooperación española.

Esta evaluación no pretende cuestionar si la CE debe continuar trabajando a través de estrategias de proyectos, sino cómo se puede mejorar esta estrategia y cómo se pueden integrar y alinear mejor estos proyectos con las prioridades del país y con otras cooperaciones. En definitiva, si se puede mejorar el apoyo y cómo hacerlo.

2. Estructura de la documentación presentada

En este informe final se describen los antecedentes y el objetivo de la evaluación, la metodología utilizada, las limitaciones identificadas, una descripción de los trabajos ejecutados y del contexto en que se ha realizado el trabajo, así como de los proyectos evaluados. Finalmente se presentan los resultados y conclusiones y aquellas recomendaciones que consideramos pueden aumentar la rentabilidad, desde el punto de vista de desarrollo, de la AOD del gobierno español. En los anexos se incluyen toda aquella información y documentos utilizados y/o elaborados para esta evaluación.

3. Metodología empleada en la evaluación

Para obtener la información necesaria para el análisis se utilizó una combinación de métodos de investigación de las ciencias sociales: revisión de documentos, entrevistas individuales a agentes claves de la cooperación española, entrevistas individuales a agentes claves de la cooperación internacional, entrevistas individuales a personas del gobierno de Mozambique y a representantes/cooperantes de las ONGDs españolas seleccionadas para el estudio.

a) Revisión de documentos.

Se revisaron los siguientes documentos:

- Documentos de contexto:
 - Cooperación española en Mozambique.
 - Sector salud en Mozambique.
 - Nuevos lineamientos, estrategias e instrumentos de la cooperación internacional.
 - Estrategias en salud y cooperación de la administración española de los últimos años.

- Informes de diseño, monitoreo y evaluación de los proyectos objeto de esta evaluación.

Todos los documentos revisados se listan en la bibliografía. El análisis de esta información permitió elaborar una guía de preguntas (anexa) que orientaron el trabajo sobre el terreno y un informe preliminar que sirvió de borrador para el trabajo de campo del equipo evaluador, contextualizando el entorno de la evaluación y sirviendo de guía para la validación de la información recogida y la recogida de nuevos datos.

La revisión de los materiales se realizó antes de la visita a Mozambique, donde también se recogieron otros documentos interesantes que se revisaron en una segunda fase.

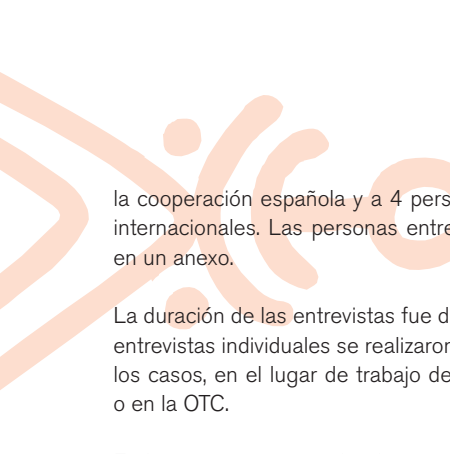
Para la revisión de los proyectos se utilizó como base el enfoque del Marco Lógico utilizado en la formulación del proyecto. Se ha realizado el análisis de la documentación generada por los proyectos y de otra documentación relacionada directamente o indirectamente con el proyecto. Del análisis de los proyectos se ha elaborado una ficha para cada uno que describe el contenido de su trabajo. Estas fichas de proyecto, además contienen los resultados, conclusiones y recomendaciones propuestas tras el análisis de las entrevistas realizadas y de la documentación revisada (en anexo).

También se realizó una descripción del contexto en el que se lleva a cabo esta evaluación analizando la situación política, social y económica de Mozambique, sus mecanismos de planificación y evaluación y la situación de la cooperación internacional. Así como de la CE, su funcionamiento en general y en Mozambique.

b) Entrevistas individuales.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas utilizando la guía de preguntas. Se desarrollaron guías diferentes para los agentes de la cooperación internacional, los agentes de la cooperación española, los agentes del gobierno de Mozambique y los representantes/cooperantes de las ONGDs españolas seleccionadas para el estudio.

Se realizaron un total de 50 entrevistas. Se han entrevistado a: 20 agentes del gobierno de Mozambique; 17 personas de diferentes ONGDs; 9 personas de



la cooperación española y a 4 personas de agencias internacionales. Las personas entrevistadas se listan en un anexo.

La duración de las entrevistas fue de 1 a 2 horas. Las entrevistas individuales se realizaron, en la mayoría de los casos, en el lugar de trabajo de los entrevistados o en la OTC.

En las entrevistas se utilizó la misma guía de preguntas diseñada para cada grupo.

Hubo dificultades en localizar a algunos de las personas que queríamos entrevistar por ser época electoral. La composición final del grupo de entrevistados estuvo determinada por su disponibilidad.

c) Retroalimentación de los resultados.

Los resultados preliminares del estudio han sido presentados a la SGPEPD para ser debatidos con todos los actores implicados, lo que ha permitido validar los datos recogidos y analizados, contrastando los resultados y su interpretación con los sujetos y grupos informantes.

La evaluación se ha realizado a dos niveles:

- Un nivel micro en el que se han evaluado los resultados de los proyectos seleccionados de acuerdo a una priorización de criterios definidos en los TdR.
- Un nivel macro, en el cual se evalúa el contexto en el que se desarrollan estos proyectos, su alineación con las políticas de la CE, del gobierno de Mozambique y la CI que opera en este país, así como su impacto global en el sector salud.

4. Condicionantes y límites del estudio

Los resultados que aquí se presentan corresponden a un estudio exploratorio realizado utilizando exclusivamente métodos cualitativos, en un período de tiempo en terreno corto, con una muestra de informantes y documentación limitada. Asimismo el nivel de información proporcionada por los entrevistados ha sido variable. Por tanto, debe ser considerados con cautela y ser interpretados como lo que son, una aproximación

a la realidad. Al mismo tiempo ha de recordarse que se solicita la evaluación de la cooperación española en el sector salud en Mozambique en un periodo definido 2001-2004 pero que el impacto de esta cooperación no depende de lo acontecido en ese periodo exclusivamente sino también de lo que se ha hecho anteriormente y por otros agentes que no han sido evaluados. Ha sido imposible limitar las entrevistas a estas fechas y hemos tenido que atenernos al periodo de ejecución del proyecto o al periodo de ocupación del cargo de la persona entrevistada.

También cabe mencionar que la evaluación se orienta más hacia la calidad, sostenibilidad e integración en el sistema de la cooperación española en este sector y no a medir el impacto que pueda tener en el sistema de salud y en definitiva en la salud de la población puesto que esto depende de otros muchos factores no vinculados a lo que la cooperación española haga en este país.

El hecho de que el trabajo en terreno tuviese que realizarse en plena campaña electoral y en las fechas de celebración de las elecciones generales del país, han limitado la recogida de información, no solo por la dificultad en entrevistar a personas claves en el entorno sanitario de Mozambique, que participaron en la campaña electoral durante esas fechas, además de no trabajar durante los dos días de elecciones sino también porque la información recogida estaba sesgada de acuerdo a los intereses políticos del entrevistado y a lo que políticamente éste quería conseguir con su respuesta.

También pueden existir sesgos inherentes a una entrevista de evaluación como son los sesgos de notificación. A pesar del clima de confianza que se ha intentado dar en las entrevistas y la garantía de confidencialidad de las respuestas, existe siempre la posibilidad de que las respuestas no sean del todo sinceras y que la información que se da esté orientada a conseguir una opinión favorable del entrevistador.

El tiempo asignado al trabajo en terreno también supone una limitación en cuanto a la profundidad del análisis de proyectos, principalmente de aquellos desarrollados en Cabo Delgado donde las grandes distancias que separan los distritos donde se ejecutan estos proyectos, haría necesaria una mayor estancia en el terreno para poder profundizar más en el impacto de su ejecución.

Por otro lado la validez del estudio puede garantizarse por el mecanismo de triangulación realizado en el cual se

han entrecruzado múltiples puntos de vista a través del trabajo conjunto de varios investigadores y de múltiples informantes o fuentes. El trabajo de consultores con distintas formaciones y experiencias y con diferentes visiones ha ayudado a reducir los sesgos en la interpretación y, por tanto a mejorar la consistencia de los resultados.

5. Contexto de la evaluación

5.1. Antecedentes y situación actual de la cooperación española en general y en el sector salud en Mozambique

La política española de cooperación para el desarrollo tiene básicamente su origen en la declaración contenida en el preámbulo de la Constitución de 1978, en la que *“la nación española proclama su voluntad de colaborar en el fortalecimiento de unas relaciones pacíficas y de eficaz cooperación entre todos los pueblos de la Tierra.”* En 1998 se promulga la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Ley 23/98), donde se encuentran las bases que rigen la cooperación española. Un importante logro de esta nueva política ha sido el establecimiento de la reducción de la pobreza como objetivo global de la cooperación al desarrollo.

La Ley 23/98 establece los objetivos en materia de cooperación, los principios que han de guiarla, las prioridades geográficas y sectoriales, los instrumentos de cooperación, modalidades de financiación y ejecución de la cooperación internacional para el desarrollo, principales actores y órganos consultivos y de coordinación.

La planificación de esta política de cooperación se establece a través de planes directores y planes anuales. El plan director se formulará cuatrienalmente y contendrá las líneas generales y directrices básicas, señalando objetivos y prioridades, así como los recursos presupuestarios, incorporando los documentos de estrategia relativos a cada sector de la cooperación, zona geográfica y países que sean objetivo preferente de la cooperación. Los planes anuales desarrollarán con esa periodicidad los objetivos, prioridades y recursos establecidos en el Plan Director.

Las orientaciones geográficas de la Cooperación Española vienen definidas en primer lugar por la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, que en su artículo 6 considera como áreas geográficas de ac-

tuación preferente a los países de América Latina, los países árabes del Norte de África y de Oriente Medio, así como aquellos otros con los que España mantenga especiales vínculos de carácter histórico o cultural.

El documento estrategia de la cooperación española en salud se publica en el 2003 y define como principal objetivo: “...establecer un marco de actuación común para el conjunto de actores de la Cooperación Española en el sector, de modo que sus intervenciones sean coherentes con las de los Organismos Internacionales y del resto de donantes, incrementando así su impacto en la lucha contra la pobreza.”

Puesto que la estrategia del sector salud se publicó en el 2003, las evaluaciones de las propuestas presentadas por ONGDs se hacían de acuerdo a los principios del Plan Director 2001-2004.

En las propuestas de acción prioritarias para África Subsahariana, la estrategia en salud en estos países presta apoyo a la reforma del sector salud, donde se contemplan los principios de equidad, de lucha contra la pobreza, ya que incluye programas de mejora de la red de atención primaria de salud y apoyo a los programas de atención universal a la población maternal e infantil, fortalecimiento de las organizaciones sociales comunitarias para responder a las necesidades de salud.

Entre las acciones más destacadas en esta línea se encuentran la formación al personal directivo en rectoría y gestión del sistema sanitario, y fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se estimulan programas de investigación de campo sobre las enfermedades que generan mayor morbimortalidad y sobre el sistema sanitario con apoyo por parte de las redes correspondientes de investigación española. Se menciona la necesidad de dotar de infraestructuras y equipos médicos básicos para el control de embarazo, parto y salud infantil. Se contemplan actividades de formación de recursos humanos de atención primaria y especializada con especial atención a la salud materna y enfermedades infantiles, debería apoyarse a la propia red sanitaria nacional con formación para un mejor diagnóstico y tratamiento de las ETS y las infecciones oportunistas, contemplando además, acciones de educación sanitaria a la población para crear hábitos saludables.

En Mozambique se da especial importancia a los programas de prevención del SIDA, siempre en coordi-



nación con las instituciones públicas y privadas mozambiqueñas.

También se da soporte al plan de política farmacéutica y de acceso a medicamentos esenciales, y especialmente, se fomentan actuaciones para garantizar el acceso a los medicamentos antirretrovirales y su correcta utilización, y una buena medida sería combinar las actividades del fondo global con estrategias como el programa ESTHER.

Las actuaciones que se pretenden llevar a cabo en esta región siguen las orientaciones estratégicas establecidas en el marco del programa VITA. Siguiendo las recomendaciones realizadas por el CAD a la Cooperación Española en el último examen, y con el objeto de conseguir una mayor coherencia, buscando la complementariedad y sinergias entre las distintas actividades, en el año 2004 se debía consolidar el programa regional en Salud (VITA) para el conjunto de África, que incluye tanto a los países de África Subsahariana como a los del Norte de África. Este programa funciona desde enero de 2004 pero debido al cambio de gobierno y a otros factores su funcionamiento pleno es bastante reciente. La colaboración con las CCAA es estrecha y se ha ido creando un clima de confianza mutuo que ha permitido que esta colaboración se haya ido afianzando. Todas las CCAA, excepto Asturias y País Vasco, han firmado una declaración de intenciones y ya se ha conseguido acordar la cofinanciación de varios proyectos para el próximo año.

El programa VITA se enmarca en la Ley española de Cooperación Internacional, en el plan director de la CE y en la Estrategia de la Cooperación Española en salud y pretende buscar la complementariedad entre los actores y obtener la máxima "visibilidad" de sus actuaciones y reforzar el papel de la CE en el seno de organismos internacionales¹.

El programa VITA pretende lograr, en su ámbito de actuación, una mayor coordinación entre los diferentes actores españoles de la cooperación al desarrollo del programa. Forman parte, a través de la AECl:

- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Economía y Hacienda.
- Ministerio de Ciencia y Tecnología.
- Las Comunidades Autónomas (CCAA).

El programa VITA apoya a las CCAA en áreas como: son la identificación de proyectos, información sobre posibles entidades ejecutoras y cofinancian proyectos con dichas comunidades, además de proporcionarles asistencia técnica si así lo requieren. Las actividades se concentran en grupos de población especialmente vulnerables, especialmente en las zonas rurales con mayores necesidades de salud y menores recursos sanitarios.

En las acciones de la Cooperación Española, en el documento estrategias-país de Mozambique aprobado en marzo de 2004, se contempla la necesidad de que exista una concordancia entre los distintos instrumentos de cooperación y la aplicación de un criterio de concentración, entendidos además desde un punto de vista sectorial y geográfico, y el mantenimiento e incluso progresivo aumento del volumen de ayuda.

La evaluación ha utilizado las líneas marcadas en este contexto institucional para poder valorar la alineación y armonización de las políticas de la CE con las del Gobierno de Mozambique y las de otros donantes.

La **Ayuda Oficial al Desarrollo** del gobierno español está compuesta por la ayuda multilateral, compuesta por las aportaciones a organismos internacionales, y la ayuda bilateral, gestionada directamente mediante una serie de instrumentos. El instrumento que tiene mayor relevancia para el sector salud en la ayuda bilateral son los programas/proyectos de cofinanciación con las ONGDs (que canalizan la mayoría de los fondos de la cooperación española). También se incluyen en este tipo de AOD los Fondos de Ayuda al Desarrollo (FAD) creados por la administración española en 1976 como fondo financiero y que constituye el instrumento crediticio a través del cual, España ofrece a los gobiernos, instituciones o empresas de países en desarrollo condiciones de financiación concesionales, en condiciones más ventajosas que las ofrecidas por el mercado internacional de capitales.

En la Estrategia Española de Cooperación en Salud, se señala que aproximadamente, en torno a un 40% de la AOD en salud es gestionada a través de convocatorias de ONGDs, un 50% corresponde a créditos FAD y un 10% es ejecutado directamente por la AECl u otros organismos públicos.

La cooperación que lleva a cabo la AECl se ejecuta prioritariamente a través de mecanismos bilaterales. Los Programas se acuerdan con los distintos países en las

¹ Programa VITA de Cooperación al Desarrollo en Salud para África.

reuniones de Comisiones Mixtas de Cooperación Técnica, Científica, Educativa y Cultural previstas por los distintos Convenios de Cooperación y se celebran cada dos o tres años, según las necesidades y la evolución de los programas y proyectos de cooperación aprobados.

La concesión de subvenciones a ONGDs que realizan actividades en el campo de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en Mozambique, se valora conjuntamente entre la OTC del país, la Subdirección General de Cooperación con África Subsahariana y la Unidad de ONGDs como órgano gestor. La concesión de las ayudas se efectúa a propuesta de la Comisión de Valoración, ante la cual, la unidad de ONGDs presenta información resumida sobre el cumplimiento de los criterios de valoración y selección de la convocatoria correspondiente. Esta unidad gestora debe encargarse de obtener información de la Subdirección General de Cooperación con África Subsahariana que deberá a su vez incluir en su valoración el análisis realizado por la OTC de Mozambique.

La Cooperación Española está presente en Mozambique desde el año 1989 y ha prestado su ayuda básicamente en los sectores salud, educación, desarrollo rural y agrícola y reforma institucional/gobernabilidad. Desde entonces el volumen de la ayuda española se ha ido incrementando progresivamente. En el año 2004 se ejecutaron proyectos por valor de casi 10 millones de euros. La mayor parte de esta cooperación se ejecuta a través de ONGDs. Algunas comunidades autónomas también financian proyecto.

En el caso de Mozambique la cooperación de la AECI se desglosa en un 32% de cooperación bilateral directa, un 66% a través de las convocatorias de ONGD, siendo el resto cooperación cultural y becas. Uno de

los sectores prioritarios es salud, sector al que se le dedica un 29% del presupuesto total para el país. La AOD española se realiza en Maputo, Gaza, y principalmente Cabo Delgado.

En cuanto a las prioridades de cooperación en el sector salud en Mozambique, estas son:

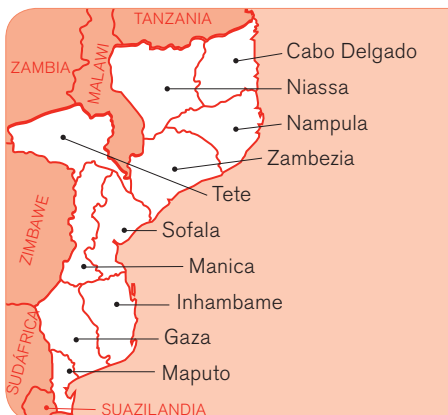
- El apoyo presupuestario, tras la firma del memorando de entendimiento PROSAUDE en octubre de 2004.
- La Atención Primaria en las áreas rurales: construcción de nuevas infraestructuras y capacitación.
- Investigación.
- Cooperación Hospitalaria.
- VIH/SIDA.
- Asistencias técnicas como instrumento de capacitación y de coordinación con el gobierno.

Los **actuales programas en ejecución financiados** por la AECI son: asistencia primaria de salud en áreas rurales; investigación en salud; apoyo a la atención hospitalaria; sistemas de gestión mixtos; programas comunitarios de prevención de SIDA; apoyo institucional al Ministerio de Salud.

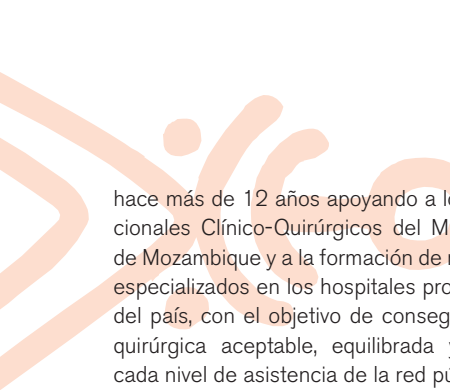
La ONGD **Medicus Mundi** trabaja en el programa de asistencia primaria en Cabo Delgado (distritos de Montepuez, Namuno y Balama) y Gaza.

La ONGD **Médicos del Mundo** desarrolla un proyecto en el área de atención primaria en Cabo Delgado (distritos de Ibo, Quissanga, y Mecufi, Pemba Metuge).

La ONGD **Consejo Interhospitalario de Cooperación** ha desarrollado proyectos en Mozambique desde



El motivo de la progresiva concentración en estas regiones responde a motivos históricos y a razones operativas. De acuerdo a la estrategia de país de la AECI, las zonas donde se opera en Maputo y Gaza son zonas donde los indicadores de salud se encuentran entre los peores y Cabo Delgado es una de las zonas menos desarrolladas del país.



hace más de 12 años apoyando a los Programas Nacionales Clínico-Quirúrgicos del Ministerio de Salud de Mozambique y a la formación de recursos humanos especializados en los hospitales provinciales y rurales del país, con el objetivo de conseguir una asistencia quirúrgica aceptable, equilibrada y razonable para cada nivel de asistencia de la red pública del país.

La **Fundació Clínic**, a través del Centro de Investigación en Salud de Manhica (CISM) articula la asistencia técnica, la formación y la investigación en cada uno de sus proyectos y estudios.

A través de la evaluación de los proyectos de cuatro ONGDs, se ha intentado llegar a las conclusiones y recomendaciones para mejorar las acciones de la CE en salud. Sus proyectos se describen en detalle en el capítulo 3.

Pero además la CE financia proyectos en otros programas y a través de otras ONGDs y realiza financiación directa de asistencias técnicas:

La ONGDs **ASIDH** gestiona el centro de salud Polana Canhiço, un centro de propiedad pública pero con un modelo de gestión privada no lucrativa. Realiza formación de los profesionales en medicina familiar y comunitaria y a nivel de infraestructuras están realizando nuevas construcciones para convertir el centro de salud en un hospital.

Además, la CE apoya servicios de salud vinculados a proyectos de desarrollo rural también gestionados por organizaciones privadas como la Unión General de Cooperativas y la Casa do Galato, ambas en la provincia de Maputo.

Ayuda en Acción y **Cruz Roja** trabajan en programas comunitarios de prevención de SIDA. Médicos del Mundo realiza actividades de prevención de SIDA en Pemba ciudad.

Y por último la AECl presta **Apoyo Institucional al Ministerio de Salud** a través de un programa, implementado y gestionado por la AECl, que incluye la participación de CE en mecanismos comunes de inversión y seguimiento de la cooperación en salud. En este programa se incluyen las **asistencias técnicas** en Cabo Delgado y en la Dirección de Asistencia Médica del Ministerio de Salud y la participación en el grupo de trabajo **SWAp** y contribución al **Fondo Común** de

Apoyo a las Provincias firmado en octubre de 2004 y que se explica más adelante.

La *Asistencia Técnica en la Dirección Provincial de Salud de Cabo Delgado* tiene como objetivo apoyar al proceso de integración de los servicios de salud, reforzar las capacidades provinciales y distritales de planificación y ejecución de actividades, mejorar la supervisión integrada provincial y distrital y contribuir a aumentar el acceso y la mejora de la utilización de los servicios de salud.

Esta asistencia técnica tiene una duración de dos años y está integrada en el departamento de planificación de la DPS, en relación directa con el Director Provincial de Salud y el Médico Jefe.

La *Asistencia Técnica al Departamento de Asistencia Médica (DAM) del Ministerio de Salud*, apoya a esta dirección en los procesos de implementación de las normas de funcionamiento interno de los hospitales; realiza acompañamiento en el seguimiento y evaluación de programas clínicos y asistenciales; acompañamiento en la organización de los sistemas de información; análisis de la situación, necesidades y control de equipos existentes en las redes secundarias y terciarias; control de consumibles en las redes primarias, secundarias y terciarias; asesoría y coordinación para establecer indicadores y criterios capaces de seguir una política de control de calidad; aborda la problemática de las estructuras de dirección hospitalaria inadecuadas y coordina las acciones actualmente existentes para profesionalizar la gestión de los hospitales; asesora en la supervisión de los servicios de salud, formación de equipos multidisciplinarios integrados; participa en la evaluación de resultados; debe establecer y acompañar un sistema de retro-información con las unidades supervisadas y debe elaborar un informe anual de la situación de los hospitales a través de los informes que elaboran las direcciones de los hospitales.

Además esta asistencia técnica es responsable de elaborar propuestas para avanzar en la gestión autónoma de los hospitales así como avanzar en la transferencia de competencias sanitarias de los órganos centrales para las DPS y DDS.

Algunos de estos proyectos se desarrollan en coordinación con proyectos de otros donantes y todos reciben financiación de otras fuentes además de la AECl, como por ejemplo:

- El centro de investigación en salud de Manhiça, que ofrece una gran visibilidad a la cooperación española por los logros alcanzados en su investigación de una vacuna contra la malaria y en el que confluyen muchas instituciones técnicas y financieras europeas y americanas, tanto públicas como privadas entre las que se encuentran: UNICEF, OMS, University of Maryland, Naval Medical Research, INDEPTH, Population Services Internacional, Glaxo SmithKline, Fundación Bill y Melinda Gates y el GFATM.
- El programa de apoyo integral al sector salud de la provincia de Cabo Delgado, que se coordina con la cooperación francesa (Agencia Francesa para el Desarrollo):
 - Con MdM en actividades de SIDA. Han cofinanciado el GATV de Pemba.
 - Con MM Sur (Cataluña) colaboran en el GATV Montepuez, Infraestructuras, Formación continua, Formación de Agentes Comunitarios de Salud.
 - CIC-Cofinanciaron varias actividades en el hospital provincial. CIC apoya a la dirección clínica y AFD a la dirección administrativa.
- El Centro de salud Polana Canhiço que recibe fondos de la UE y de la Generalitat Catalana, además del MISAU que financia el salario de tres de sus empleados.
- Médicus Mundi. Fortalecimiento del desarrollo de la atención primaria en CD y Gaza - 3,872,775 € para 3 años.
- Médicus del Mundo. Programa de prevención de la transmisión de VIH/SIDA. Matola y CD- 1,117,058 € para 2 años.
- Centro Investigación Salud en Manhiça. Prioridades materno Infantiles- 3,251,855 € para 3 años.
- Apoyo bilateral al FCP (1 millón para el año 2005).

Cuantificación AECI 2001-2004 salud Mozambique: el siguiente cuadro, elaborado por la OTC en Maputo, nos muestra la financiación total de la AECI destinada a proyectos sanitarios en Mozambique desde 2001 al 2004.

Cooperación Española Descentralizada: la mayoría de la ayuda de las CCAA se canaliza a través de ONGDs. No existe mucha información sobre los criterios de evaluación de las convocatorias publicadas o sobre los criterios de asignación de las subvenciones directas, que responden a intereses diversos de cada comunidad, ya sean geopolíticos, económicos, culturales o comerciales.

Con algunos de estos proyectos ya se ha comprometido su financiación para los próximos dos o tres años²:

También se han creado Fondos de Cooperación con el objetivo de impulsar un proceso de vertebración de la cooperación descentralizada.

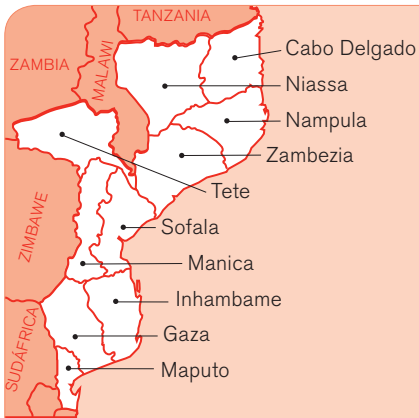
PROYECTO	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Atención Primaria de Salud CD y Gaza (MM)	600.060	600.060	945.796	700.000	2.845.916
Atención Primaria de Salud y VIH/SIDA (MDM)	367.563	408.404	624.482	450.000	1.850.449
Asistencia técnica y formación-Sector hospitalario (CIC)	300.506	355.612	450.000		1.106.118
Centro de Salud Polana Canhiço (ASIDH)	240.404	240.000	240.000	240.000	960.404
Lucha contra SIDA/ETS (AA+CRE)	291.640	315.004	306.158	315.004	1.227.806
FUNDACIÓ CLÍNIC	679.177	738.236	738.236	1.600.000	3.755.649
Apoyo Bilateral FCP+AT				1.100.000	1.100.000
Total	2.479.350	2.657.316	3.304.672	4.405.004	12.846.342

³ Fuente: OTC de la AECI en Maputo.

El siguiente mapa muestra las provincias de Mozambique que recibieron y/o reciben fondos españoles de la AECI y de las CCAA, en el periodo de estudio 2001-2004. La información sobre la financiación de las CCAA se ha conseguido a través del programa VITA, de la OTC, de la página Web de la SGPE, de las páginas Web de algunas CCAA y también información aportada directamente por las CCAA en respuesta a nuestra solicitud (no hemos conseguido respuesta de algunas Comunidades y de alguno de los Fondos de Cooperación: Navarra, Baleares, Fons Mallorquí, Fondo Andaluz; Valencia (información obtenida de su página Web). Al ratificar la información primaria recogida de todas las CCAA que nos respondieron (Valencia y Castilla León no confirmaron) identificamos algunas contradicciones (especificadas en un anexo) en relación a la información sobre proyectos que procede de las diferentes fuentes:

- Existen proyectos que están en la base de datos de la SGPE pero no están en la información proporcionada por la OTC de Mozambique, ni en los listados facilitados por las agencias de cooperación de algunas CCAA.
- Existen proyectos que están en las tres bases, pero la cantidad concedida no coincide entre las mismas.
- Existen proyectos que sólo aparecen en la base de las CCAA.
- Proyecto que están solamente en la base de la OTC.
- Proyectos que la Subdirección General no considera del ámbito de salud, pero las entidades y la OTC sí que lo hacen.

Asumiendo que las informaciones de las diferentes fuentes son fiables, hemos construido una tabla con todos los proyectos que se nos han comunicado y que aparece después del mapa.



Cabo Delgado

AECI
 Generalitat de Catalunya
 Generalitat Valenciana
 Xunta de Galicia

Niassa

Castilla y León
 Generalitat de Catalunya

Nampula

Castilla y León
 Murcia

Inhambane

Castilla y León
 Castilla La Mancha
 Generalitat Valenciana
 Generalitat de Catalunya

Gaza

AECI
 Generalitat Valenciana

Tete y Manica

Generalitat de Catalunya

Maputo

AECI
 Castilla y León
 Madrid
 Castilla La Mancha
 Generalitat de Catalunya
 Generalitat Valenciana
 Ayuntamiento de Oleiro
 Diputación de Viscaya
 Xunta de Galicia

Ayuntamiento de Oleiro	2003	Prevención de enfermedades con la mejora del saneamiento ambiental de la aldea de 25 de Junho-Mahanhane. Construcción de 25 letrinas	Ecos do Sur	5.989,00
Ayuntamiento de Oleiro	2004	Construcción del Centro Mahanhane	Fondo Gallego de Cooperación y Solidaridad	24.015,00
Ayuntamiento de Oleiro Total				30.004,00
Castilla y la Mancha	2001	Centro de asesoramiento en VIH/SIDA en Matola	Medicus del Mundo	120.202,42
Castilla y la Mancha	2002	Programa de mejora hidrosanitaria para la población desfavorecida en el distrito de Zavala. Mozambique	Fundación Humanismo y Democracia	68.804,98
Castilla y la Mancha	2003	Puesto de Atención materno infantil en la aldea 26 junio de Mahanhane	Prosalud	44.161,00
Castilla y la Mancha Total				233.168,40
Castilla y León	2001	Residencia del personal permanente y servicios generales del centro de salud mental comunitaria	GRUPO AMERICANISTA TEPEYAC	39.065,79
Castilla y León	2001	Apoyo a la implantación de un programa de atención primaria de salud para población escolar Barrio de la Libertad 1	FUDEN (Fundación para el desarrollo de la enfermería)	72.121,45
Castilla y León	2001	Proyecto de mejora hidrosanitaria para la población desfavorecida de las áreas de Maluvane, Pande y Batata	FUNDACIÓN HUMANISMO Y DEMOCRACIA	66.045,22
Castilla y León	2003	Ampliación del Centro Cultural Eduardo Mondlane. Barrio Ferroviario Das Mahotas. Maputo	GRUPO AMERICANISTA TEPEYAC	25.000,00
Castilla y León Total				202.232,46
Diputación de Biscaya	2002	SMI-Machava	MDM	105.344,00
Diputación de Biscaya Total				105.344,00
Generalitat de Catalunya	2001	Construcción bloque de urgencias del Hospital Rural de Montepuez	MM	108.249,00
Generalitat de Catalunya	2002	Apoyo a la atención primaria de salud a la provincia de Cabo Delgado	Medicus Mundi	190.000,00
Generalitat de Catalunya	2002	Curso de gestión hospitalaria en Mozambique	Consejo Interhospitalario de Cooperación - CIC	70.000,00
Generalitat de Catalunya	2002	Programa de lucha contra la infección por VIH/SIDA	Associació Cultura i Solidaritat Popular	150.253,03
Generalitat de Catalunya	2003	Proyecto integral de VIH/SIDA al CISM: Gabinete de aconselhamento e testagem voluntarios (GATV)	Fundació Clinic	250.000,00
Generalitat de Catalunya	2003	Apoyo a la atención primaria de salud a la Provincia de Cabo Degado, zona sur	Medicus Mundi Catalunya	200.000,00
Generalitat de Catalunya	2003	Optimización del Hospital Provincial de Inhambane	Consejo Interhospitalario de Cooperación - CIC	100.000,00
Generalitat de Catalunya	2003	Ampliación de la capacidad docente y clinica del proyecto del Centre de Salut Polana Caniço y continuación del Programa de Formación de Metges Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Infermers i Tècnics Mitjans	Associació per la Salut Integral y el Desenvolupament Humano-ASIDH	100.000,00
Generalitat de Catalunya	2003	Ojos de Mozambique 2003-2004	Fundació Privada Ulls del Món	80.000,00
Generalitat de Catalunya	2003	Proyecto oftalmológico del Sahara y Mozambique	Ulls del Món	30.000,00
Generalitat de Catalunya	2003	Programa de lucha contra la infección por VIH/SIDA	Associació Cultura i Solidaritat Popular	150.253,03
Generalitat de Catalunya	2003	Reinvertir la Paz a Mozambique: refuerzo de la sociedad civil y lucha contra el SIDA	Cultura i Solidaritat Popular-CSP	100.000,00
Generalitat de Catalunya Total				1.528.755,06

Generalitat Valenciana	2001	Ampliación y mejora del laboratorio de inmunología del instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad	Consejo interhospitalario de Cooperación	228.384,60
Generalitat Valenciana	2002	Optimización del Hospital Provincial de Inhambane	Consejo interhospitalario de Cooperación	58.146,00
Generalitat Valenciana	2003	Prevención y atención sanitaria de enfermedades infecciosas (SIDA y tuberculosis) en el hospital El Carmelo de Chokwe	Farmacéuticos Mundi	159.888,00
Generalitat Valenciana	2003	Ampliación y mejora del laboratorio de Inmunología del Instituto Nacional de la Salud del Ministerio de Sanidad (MISAU)	CIC	337.769,00
Generalitat Valenciana	2003	Optimización del Hospital Provincial de Inhambane	CIC	184.864,00
Generalitat Valenciana	2004	Apollo al desarrollo sanitario de Cabo Delgado	MDM	306.360,00
Generalitat Valenciana Total				1.278.411,60
Junta de Andalucía	2001	Servicios de cuidados primarios de la salud para población rural de Maputo	Centro de Iniciativas para la Cooperación Batá	213.393,31
Junta de Andalucía	2002	Funionamiento proyecto Akumi	Cooperación Vicenciana para el Desarrollo	29.116,00
Junta de Andalucía Total				242.509,31
Madrid	2002	Capacitación para la prevención y el control de la malaria en la localidad de Malavele, distrito de Manhica, provincia de Maputo	AMREF	150.000,00
Madrid	2003	Mejora de la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión del VIH/SIDA y atención a población seropositiva en el distrito de Matola	Medicos del Mundo	110.458,00
Madrid Total				260.458,00
Murcia	2002	Programa Nutricional y Sanitario en Guardería y Escuelas Públicas en el Puesto Administrativo de Lumbo. Nampula	Asociación MAKUA	29.474,00
Murcia	2003	Atención Visual en Moamba	Universidad de Murcia	3.900,00
Murcia	2004	Atención Visual en Moamba II	Universidad de Murcia	6.470,00
Murcia	2004	Apoyo a red sanitaria del distrito de Morrumbala	Consejo interhospitalario de Cooperación	88.482,20
Murcia Total				128.326,20
Xunta de Galicia	2001	Construcción y Equipamiento del Centro de Atención Infantil de Massaca	Ecos do Sur	42.371,35
Xunta de Galicia	2002	Donación de bicis para transporte de promotores de salud	Bicis por la Paz	2.403,00
Xunta de Galicia	2004	Prevención de la malaria mediante el uso de redes mosquiteras impregnadas a los grupos más vulnerables	Plan operativo AEIC-Xunta	50.000,00
Xunta de Galicia	2004	Centro de atención a tuberculosis y enfermos de SIDA "El Carmelo". Plurianual 2004-2005	Farmacéuticos Mundi	61.263,00
Xunta de Galicia Total				156.037,35
Total Cooperación Descentralizada				4.165.246,38

La OTC en Mozambique

La AECl está representada en Mozambique por la Oficina Técnica de Cooperación (OTC) que se integra en la estructura de la Embajada de España de la que depende jerárquicamente. La OTC se abrió en Maputo en 1989 y tiene la función de apoyar la identificación, formulación y evaluación de los proyectos de la cooperación bilateral española, así como realizar seguimiento de los proyectos de ONGDs que reciban ayudas de la AECl.

La OTC es responsable de informar a la AECl, a través de la DGCAAEQ, sobre los proyectos presentados a las convocatorias, así como de informar sobre los informes de seguimiento y evaluación presentados por las ONGDs. Aunque la decisión sobre la aprobación de estos proyectos es responsabilidad del Director General.

La OTC se reúne informalmente con las ONGDs, ya que no es obligatorio asistir a estas reuniones, para discutir y acordar las prioridades a financiar de sus proyectos. Los criterios que la OTC utiliza para evaluar las prioridades a financiar son:

- La coherencia del programa con las prioridades y el contexto del país (PARPA, Estrategia de país).
- La coherencia de la intervención.
- La consolidación de una línea de actuación.

De conformidad con el Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica periódicamente se han celebrado Reuniones de Comisión Mixta Hispano-Mozambiqueña para definir los programas de cooperación para periodos de tres o cuatro años, en las que participa la OTC. El 11 de marzo de 2002 se firmó el Acta de la V Reunión de Comisión Mixta que regula el período 2002 - 2004. En el 2004 no se ha celebrado esta reunión.

La propia OTC puede encargar evaluaciones de los proyectos. Hace tres años encargó una evaluación del centro de Manhíça y otra del proyecto del CIC. Y fue la OTC quien solicitó esta evaluación de la actuación de la CE en el sector salud de Mozambique.

También convoca reuniones formativas, presentaciones y charlas y proporcionan apoyo a cooperaciones de algunas CCAA.

5.2. Contexto de país

Situación política, social y económica

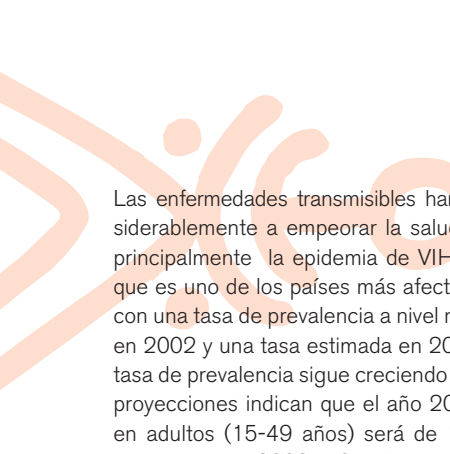
En 1975 Mozambique consigue la independencia tras casi 5 siglos de colonialismo portugués. El desarrollo del país no fue posible por la extensa emigración blanca, la dependencia económica de Sudáfrica y una larga guerra civil que provocó que más de un millón de mozambiqueños murieran por el conflicto y el hambre entre 1977 y 1992, año en el que finalmente se alcanza la estabilidad política tras la firma del acuerdo de paz con las fuerza rebeldes.

A la estabilidad política le sucedió una estabilidad económica que se vio seriamente afectada por las inundaciones que el país sufrió a principios del 2000 y de nuevo en el 2001. Las inundaciones afectaron a un cuarto de la población y destruyeron la mayoría de sus infraestructuras.

A pesar de que la lucha contra la pobreza ya se inicia en los primeros días de la independencia y a pesar de los avances conseguidos, Mozambique sigue siendo uno de los países más pobres del mundo, con una renta per capita de \$210 en 2003, ocupa la posición 169 entre 174 países según el informe sobre desarrollo humano del PNUD. De los 43 países HIPC, Mozambique fue el sexto país en ser declarado elegible en abril de 1998 asegurando un alivio de la deuda de 1.4 billones de dólares. En septiembre de 2001 consiguió alcanzar su punto de culminación bajo la iniciativa HIPC, es decir la condonación efectiva del stock de deuda en el porcentaje adecuado para asegurar los ratios de sostenibilidad. Los recursos liberados por el alivio de la deuda bajo la iniciativa HIPC han sido reasignados a programas clave anti-pobreza tal como marca el PARPA (Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Absoluta).

De acuerdo a la encuesta de población realizada en 2002-2003, el porcentaje de población viviendo en pobreza absoluta ha ido disminuyendo progresivamente y ha pasado del 69% en 1996-1997 al 54,5 % en el 2002. La mortalidad materna se mantiene elevada con 101 por 1,000 nacidos vivos en 2003 (139 en 1990)¹.

La salud de la población en Mozambique se considera precaria debido a la pobreza generalizada, la malnutrición, falta de acceso a agua potable, estándares inadecuados de higiene y estilos de vida arriesgados.



Las enfermedades transmisibles han contribuido considerablemente a empeorar la salud de la población, principalmente la epidemia de VIH/SIDA. Mozambique es uno de los países más afectados en el mundo con una tasa de prevalencia a nivel nacional de 13,6% en 2002 y una tasa estimada en 2003 del 14%. Si la tasa de prevalencia sigue creciendo al mismo ritmo las proyecciones indican que el año 2010 la prevalencia en adultos (15-49 años) será de 16,8%. Se estima que en el año 2003, 1,3 millones de personas estaban infectadas, de estas, 74.000 eran niños, 511.000 hombres y 740.000 mujeres. Se espera que el número de muertes por SIDA en los próximos 7 años se triplique incluso teniendo en cuenta la expansión de la terapia antiretroviral (ARV)³.

Las consecuencias de la epidemia supondrán un aumento del número de huérfanos, que actualmente se calcula en medio millón, y la reducción de la esperanza de vida, que se situará en 35,9 años en el 2010. Todo esto tendrá efectos socio-económicos muy negativos para el país, retrasando su crecimiento económico, reduciendo la acumulación de capital humano y la tasa de capital físico.

La Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP)

En el año 2001 Mozambique presenta ante el BM y el FMI su agenda para la reducción de la pobreza definida en el Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP), también llamado plan de acción para la reducción de la pobreza absoluta (PARPA). El documento de estrategia de reducción de la pobreza (PRSP) se actualizó en febrero de 2003, en su primer informe de progreso.

El PARPA es el principal instrumento de la cooperación externa para evaluar el impacto de su ayuda. Fue desarrollado por el gobierno a través de un proceso participativo que incluye a la sociedad civil y a toda la cooperación externa. El PARPA pretende reducir la pobreza actuando en las siguientes áreas: educación, salud, agricultura y desarrollo rural, infraestructuras, buena gobernabilidad, macroeconomía y gestión financiera, empleo y desarrollo de negocio, acción social, vivienda, pesca, turismo, industria, transporte y comunicaciones, tecnología, medio ambiente y reducción de la vulnerabilidad a desastres naturales.

Se financia a través del presupuesto del estado y con apoyo de donaciones del Programa Aid Partners (donantes que prestan ayuda presupuestaria directa) y específica claramente que la buena gobernabilidad es una

de las condiciones principales que debe tener una estrategia de reducción de la pobreza. También reconoce la importancia de la desconcentración y de la descentralización administrativa y financiera al nivel local.

Uno de los principales retos del PARPA es el progresivo aumento de la incidencia de casos de VIH. Este problema incide directamente en los indicadores relacionados con la pobreza y tiene un impacto directo en la productividad y en el proceso de desarrollo. La corrupción -particularmente en el sector financiero- y un sector bancario débil se apuntan también como una limitación a la implementación de los programas de reforma del PARPA.

El sector salud ocupa un lugar central en el PARPA dado su impacto potencial en la reducción de la pobreza puesto que la mejora del capital humano permite el crecimiento económico. Los principales objetivos en salud que define el PARPA son la extensión de cobertura de la atención primaria, invertir la actual tendencia expansiva de la epidemia de VIH/SIDA, aumentar los esfuerzos en combatir las enfermedades endémicas, principalmente malaria, diarreas, tuberculosis y lepra. El PARPA incluye también iniciativas vinculadas a salud pero fuera de las responsabilidades del MISAU, como puede ser la provisión de agua potable y la seguridad alimentaria.

El programa del sector salud definido en la estrategia tiene seis componentes. Para cada componente se definen las áreas prioritarias, los principales objetivos y las acciones a tomar. Los componentes son:

1. Atención primaria (salud materno-infantil, salud del joven y adolescente, nutrición).
2. Atención sanitaria para combatir las epidemias más serias (enfermedades diarreicas, malaria, tuberculosis y lepra).
3. La lucha contra el SIDA.
4. La red sanitaria (mejorar el acceso a los servicios de salud incrementando la cobertura).
5. Desarrollo de los RRHH (asegurar la capacitación del personal esencial que permita aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención en salud).
6. Planificación y gestión del sector salud (mejorar los mecanismos de gestión y planificación enfocándose en la mejora de las herramientas de gestión financiera, planificación e información para los servicios de atención primaria).

³ República de Mozambique, Review of the Economic and Social Plan for 2003. Maputo, www.worldbank.com. 2004.

La *evaluación y monitoreo* del PARPA se integra en los mecanismos operantes para otros programas del gobierno, a fin de evitar duplicidades y la multiplicación de informes que sobrecarguen aún más las instituciones implicadas. Se pretende alcanzar el objetivo de integrar totalmente el PARPA en el programa global de actividades del ejecutivo y de varios de los sectores involucrados. El gobierno tiene el compromiso de evaluar y monitorear la ejecución del PARPA a través del PES (Plan Económico y Social), que le permite tener una visión de la implementación de sus programas y del impacto de las mismas en términos de reducción de la pobreza absoluta. Este plan y sus revisiones anuales son el instrumento principal de monitoreo y evaluación de las actividades del ejecutivo.

El Sector Salud en Mozambique

El Sistema Nacional de Salud de Mozambique está gestionado a tres niveles: Ministerio de Salud, Direcciones Provinciales de Salud y Direcciones Distritales de Salud. Además está organizado en cuatro niveles a nivel de prestación de servicios: Nivel I (puestos de salud y centros de salud), Nivel II (hospitales rurales y generales), Nivel III (hospitales provinciales) y Nivel IV (hospitales centrales y especializados).

El sistema de salud de Mozambique fue, en su día, uno de los más avanzados de África, pero la larga guerra civil lo dejó altamente fracturado, con sus infraestructuras devastadas, con escasísimos recursos humanos y materiales y sin apenas estructuras de planificación y gestión. No es extraño por tanto que el actual sistema, a pesar de haberse reconstruido y mejorado de forma notable, presente todavía una baja capacidad resolutoria, debida en gran parte a la escasez de recursos humanos (cuadros médicos y de enfermería, cuadros intermedios de gestión) y a la baja productividad de los mismos (bajos salarios y malas condiciones laborales). Todo ello conduce a una baja calidad de los servicios, sin olvidar que existen problemas importantes de acceso (geográfico sobre todo) a los servicios de salud por parte de la población, y que muchos de estos servicios en las áreas rurales carecen de insumos esenciales como agua, saneamiento, un teléfono/radio o electricidad.

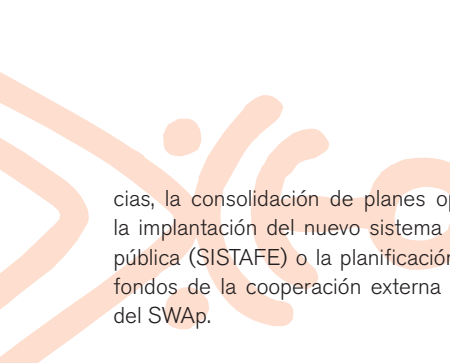
Aunque el sistema de salud ha iniciado un proceso de desconcentración de la gestión hacia las provincias y distritos, el sistema de salud de Mozambique

continúa siendo altamente centralizado. Así, aunque las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) son en principio responsables de la ejecución de los programas y de la gestión del personal, todas las decisiones importantes referentes a la asignación de recursos humanos, materiales o financieros (hasta el nivel de distrito) se toman en el nivel central, sin que existan niveles de consulta o concertación con las provincias/distritos que permitan una planificación compartida o basada en las necesidades definidas a nivel local.

Para empeorar la situación, el flujo de recursos financieros desde el nivel central sufre de continuos retrasos, en ocasiones de varios meses, que reducen aún más la ya precaria capacidad gestora de las provincias y distritos. Los problemas de liquidez *"ahogan"* de forma especial a los distritos, generándose crisis que son solventadas en muchas ocasiones por las ONGDs, o bien a través de los proyectos que ejecutan o bien a través de la ayuda presupuestaria que algunas de ellas brindan a las provincias. De hecho, la única información pormenorizada sobre presupuestos que los distritos de Cabo Delgado parecían manejar durante nuestra visita de campo era la aportación directa que algunas agencias de la cooperación externa (incluida España) realizan a través de las ONGDs.

Es por todo ello que, a pesar del aumento notable de los presupuestos de salud del estado (en gran parte gracias al apoyo presupuestario directo de algunos cooperantes) y de las aportaciones de la cooperación externa al sector, el sistema de salud no consigue transformar estos recursos en mayor cantidad y calidad de servicios al ritmo que sería de esperar. Los instrumentos actuales de planificación, presupuestación y supervisión son todavía débiles y fragmentados, no permiten asignar recursos en base a necesidades ni tampoco evaluar el impacto de los mismos.

Sin embargo, para realizar un juicio ajustado es necesario considerar la situación en la que se hallaba el país y su sistema de salud hace tan solo 5 años, y reconocer que, a pesar de las deficiencias, se han dado avances extremadamente importantes a nivel de sector, que permiten mirar al futuro con un cierto optimismo. Entre dichos avances, el Plan Estratégico para el Sector Salud (2000-2005-2015), el Plan Nacional de Lucha contra el Sida, las mejoras en la gestión económico-financiera en el MISAU a nivel central, la planificación pactada integral a nivel de las provin-



cias, la consolidación de planes operativos anuales, la implantación del nuevo sistema de administración pública (SISTAFE) o la planificación y gestión de los fondos de la cooperación externa en salud a través del SWAp.

La planificación integrada a nivel provincial ha permitido mejorar la coordinación entre autoridades sanitarias, agencias y ONGDs, acompañado de una mejora significativa del análisis de datos y la redistribución de ayudas externas. Se realizan tres ejercicios anuales de planificación integrada entre provincias y distritos. Estos inician su planificación a mediados de año. Realizan una primera evaluación a primeros de año y una siguiente en el segundo y tercer trimestre, para realizar un seguimiento del presupuesto ejecutado, corregir desviaciones y replanificar. Los distritos planifican sus actividades de acuerdo a sus necesidades, presentan sus planes a la DPS y también a los donantes para discutir con estos que es lo que puede ser financiado de acuerdo a proyecto y presupuesto de cada uno de ellos.

La asignación de recursos a las provincias y distritos se realiza de acuerdo a una serie de indicadores que no son siempre utilizados:

- Índice de pobreza.
- Tamaño de la población.
- Tamaño de las infraestructuras (número de camas).
- Actividad asistencial.
- Densidad de población.

Todavía existe una falta de supervisión desde el nivel central al provincial y desde éste al nivel distrital. La supervisión desde el nivel central al provincial se realiza dos veces al año a lo largo de una semana. Desde la provincia a los distritos, la supervisión se realiza una o dos veces al año, están dirigidas por un guión de supervisión que muchas veces no contempla las actividades que el distrito planificó y falta comunicación entre los niveles y retroalimentación.

La **presupuestación** es responsabilidad de la Dirección de Administración y Gestión (DAG) y de la Dirección de Planificación y Cooperación (DPC), con el apoyo en relación a la inversión del Gabinete de Coordinación de Proyectos de Inversión (GACOPI), bajo la supervisión de la Secretaria Permanente.

DAG y DPC consolidan las propuestas preparadas por las entidades provinciales y centrales según el presupuesto disponible que especifica el Ministerio de Planificación y Finanzas (MPF). Son presupuestos incrementales donde el incremento de financiación se asigna en las diferentes líneas del presupuesto y de las instituciones según presupuesto histórico y sin tener en cuenta los logros alcanzados el año anterior. Al nivel provincial se sigue el mismo modelo por el departamento administrativo correspondiente.

Actualmente existen 5 diferentes **tipos de mecanismos para el financiamiento del sector:**

- El primero es el presupuesto del Estado (Orçamento de Estado, OE), que cubre la mayor parte de los salarios, la mayor parte de los costes recurrentes y algunas pequeñas contribuciones a las inversiones. El OE se desembolsa a las provincias en duodécimos aunque a principios de año se realizan dos pagos.
- El segundo es el **Fondo Común Provincial (FCP)**, antes llamado Fondo Común para Gastos Corrientes (FCGC), que cubre costes básicos recurrentes, en parte específicamente del sector Salud, capacitación del personal, algunas inversiones e incluso algunos esquemas salariales. La provincia recibe el 50% a principio de año y conforme van justificando gastos lo van reponiendo.

El FCP operaba fuera del presupuesto del Estado y fuera de la Tesorería del Estado, pero este año ha sido transferido administrativamente desde la Cooperación Suiza hacia el Ministerio de salud. Esto ha ocasionado retrasos en los desembolsos e incluso algunos distritos han recibido los primeros pagos en el mes de julio. Esto ha sido debido al retraso en la redacción del Memorando de Entendimiento y probablemente también a una falta de experiencia en la gestión de estos fondos por parte del gobierno. Cuando el MISAU recibe estos fondos los distribuye a las provincias. El 75% se asigna de acuerdo a una fórmula y el 25% se asigna a gastos de la DPS. Hasta ahora eran los donantes los que determinaban que debía ir a cada provincia y ahora también participa el MISAU.

España contribuye a este FCP desde octubre de 2004. Los donantes que participan en estos mecanismos de financiamiento requieren de mecanismos de gestión financiera y rendición de cuentas más específicos. Estos mecanismos se definen conjun-

tamente con el Gobierno y se regulan a través del memorando de entendimiento, específico para cada caso.

Los fondos comunes tienen *ventajas* importantes en los enfoques sectoriales porque garantizan, en sus principios, la llegada de fondos al sector en los niveles descentralizados; consiguen un nivel elevado de armonización en los procedimientos ya que todos utilizan un mismo manual para un único fondo destinado a apoyar los planes de gobierno; facilitan su monitoreo puesto que la contribución es pública y transparente; pueden fortalecer las capacidades institucionales de gestión económica financiera, adquisiciones, monitoreo y evaluación.

Las desventajas o inconvenientes que pueden asociarse al fondo común son las mismas que pueden asociarse al SWAp y que se describen más adelante en el capítulo "Introducción a los SWAps (Sector Wide Approach) o Enfoque Sectorial (ES)".

- El tercero es el fondo común para medicamentos y suministros médicos (Fondo Común Medicamentos, FCM) que financia la compra de medicamentos -en el mercado internacional- y suministros médicos (en el apoyo institucional para el sub-sector farmacéutico (fortalecimiento de la capacidad institucional). También opera fuera del presupuesto del Estado y fuera de la Tesorería del Estado. A diferencia del FCP y del FCG, los fondos que no se han ejecutado durante el año en curso transitan al año siguiente mientras que en los otros dos, lo que no se ejecuta se pierde, es decir no se suma al presupuesto del próximo año. A pesar de que se gasta lo mismo que hace 10 años, existe la opinión de que este fondo funciona mejor y que ha mejorado su ejecución. Sin embargo se siguen presentado rupturas de stock de forma regular.
- El cuarto mecanismo es el nuevo Fondo Común General (FCG)- PROSAUDE, que ya está financiando varias actividades en el nivel central del Ministerio de Salud de Mozambique y está indicando abrir una financiación mucho más amplia durante el 2005, por ejemplo, para programas de prevención de SIDA, programas de inversión y actividades provinciales directas. Este fondo se ha concretado en el año 2004, los primeros desembolsos de los donantes se realizaron en julio de este año. El FCG está dentro del presupuesto del Estado y se está intentando incluirlo dentro de la Tesorería del Estado.

A medio plazo el FCG está diseñado para representar el único mecanismo de fondo común, representando el mecanismo de financiamiento para financiadores externos que apoyan el enfoque sectorial en el sector salud a través del apoyo presupuestario al sector salud. Está previsto que el FCP y el FCM se integren en el FCG, aunque a corto plazo no parece factible que esto ocurra puesto que no existen suficientes garantías de que los fondos se asignen a otras cosas, como por ejemplo obras, y no lleguen a las provincias. Sin embargo, desde la perspectiva del gobierno, este fondo está más vinculado a los problemas del gobierno y se considera que los donantes deberían tener más confianza en el gobierno de Mozambique. Se ha creado un gabinete central de lucha contra la corrupción que colabora en el control de los recursos aportados por los donantes, con el fin de conseguir que los donantes confíen en ellos. Sin embargo, dicha transición, deseada por todos, solo se realizará cuando el Ministerio de Finanzas sea capaz de garantizar la correcta distribución puntual de estos recursos y solvente problemas de gestión financiera que originan retrasos importantes en las partidas sectoriales.

- El quinto son el resto de financiamientos externos individuales, tanto de donantes multilaterales como de donantes bilaterales fuera de la tesorería y presupuesto del Estado. Los financiadores que usan este "mecanismo" pueden ser representados por ejemplo, por España e Italia como países bilaterales individuales, varias organizaciones de Naciones Unidas y el Banco Mundial a través de créditos sectoriales especiales e individuales. Un grupo especial que se incluye en esta fuente de financiamiento son contribuciones directas a administraciones provinciales que pueden ser dentro del presupuesto del Estado pero generalmente fuera de la tesorería del Estado y apoyo directo de ONGDs a provincias, distritos y servicios de salud individuales, fuera de los mecanismos de gestión financiera del Estado o Gobierno de Mozambique.

Antecedentes y situación actual de la cooperación internacional en general y en salud en Mozambique

Mozambique es el país que recibe más financiamiento de la cooperación externa de toda África. La ayuda oficial al desarrollo representó en 2002 el 55,4% de su PIB y unos desembolsos de 877, 933 y 2.058 millones de dólares del 2000 al 2002 respectivamente.

Diferentes fuentes de financiación del sistema de salud 2001-2004

	2001	2002	2003	2004
TOTAL	165.042,017	177.563,212	209.147,262	252.923,798
Financiamiento Interno	73.624,234	81.912,511	96.327,648	105.082,456
Orçamento de Estado	69.942,088	76.693,698	88.400,254	95.813,001
<i>Orçamento Corrente</i>	<i>62.228,390</i>	<i>69.397,065</i>	<i>79.700,830</i>	<i>87.318,736</i>
<i>Orçamento de Investimento</i>	<i>7.713,698</i>	<i>7.296,633</i>	<i>8.699,425</i>	<i>8.494,265</i>
Receitas	3.682,146	5.218,813	7.927,394	9.269,455
Financiamiento Externo	91.417,782	95.650,702	112.819,614	147.841,342
Fundos Comuns	16.548,082	20.363,844	37.115,599	63.172,010
<i>Fundo Comum Provincial</i>	<i>2.439,263</i>	<i>3.238,179</i>	<i>6.508,806</i>	<i>10.131,541</i>
<i>Fundo Comum Medicamentos</i>	<i>14.108,820</i>	<i>17.125,665</i>	<i>21.336,798</i>	<i>27.172,717</i>
<i>Fundo Comum Transitório/PROSAUDE</i>	-	-	<i>9.269,995</i>	<i>25.867,752</i>
<i>Fundos Comuns para Distribuir</i>	-	-	-	-
Outros Fondos Externos (Verticais)	74.869,700	75.286,858	75.704,015	84.669,331

Fuente: presentación de Power Point en el GT-SWAP.

El principal modelo de cooperación en Mozambique se basa en el **Apoyo Presupuestario Directo (APD) al presupuesto del estado**, ya sea general o sectorial, siendo el sector salud el que recibe mayor volumen de financiación. El APD es el que ha experimentado un mayor crecimiento entre los cooperantes externos de Mozambique en los últimos años. Solo en el año 2000 la proporción de fondos externos gestionados directamente por el gobierno aumentó de un 37% a un 60%, principalmente por el alto volumen que suponen. Esta tendencia se ha consolidado en los últimos años. De hecho, la razón de que el gobierno de Mozambique haya podido cumplir sus compromisos de financiación a los sectores sociales, adquiridos con el FMI y otros organismos en el contexto de la lucha contra la pobreza, se ha debido al aumento de las partidas de APD y no a mejoras fiscales o a un aumento del PIB.

Además de por su peso financiero, los donantes que aportan al APD (conocidos como los PAP – Programme Assistance Partners) constituyen el grupo de mayor influencia en el contexto del desarrollo en Mozambique, pues no solo financian los programas de lucha contra la pobreza sino que monitorean un gran número de variables asociadas al subdesarrollo, como son la lucha contra la corrupción, el refuerzo de la democracia y la justicia, o la reforma del sector público, entre otras.

La ayuda externa en forma de programas verticales, generalmente proyectos, sigue siendo significativa aunque ha ido disminuyendo porcentualmente res-

pecto al total de ayuda externa, a medida que los países han ido aportando su ayuda a los fondos.

Actualmente también existen fondos privados que están destinándose al sector salud donde predominan los financiadores públicos. Muchos de estos flujos privados no se registran y no son considerados en los procesos de planificación y evaluación de resultados.

El desempeño del sector salud es evaluado anualmente (joint evaluation of the health sector performance) por el gobierno y los donantes conjuntamente, de acuerdo a los indicadores del PESS. Se revisan los logros alcanzados en el año anterior y se miden los avances de acuerdo a los objetivos marcados. La irrupción de la disponibilidad en el mercado los antiretrovirales ha obligado, por ejemplo, a readecuar el PESS desde el comité de coordinación sectorial. Estas evaluaciones les permiten identificar en que han de mejorar.

Introducción a los SWAp (Sector Wide Approach) o Enfoque Sectorial (ES)

Desde los años 90 existe una tendencia internacional en la cooperación al desarrollo a dirigirse hacia un modelo diferente del apoyo a través de proyectos y desarrollar mecanismos de programas y apoyo presupuestario. El apoyo a programas en el sector salud y educación, por ejemplo, se ha vinculado normalmente al desarrollo desde enfoques sectoriales. Un SWAp implica generalmente:

- Disminuir los costes de transacción entre donantes y gobierno.
- Desarrollar una visión común entre los agentes claves en un proceso de reforma que pretende conseguir un desarrollo sólido del sector.
- Que los agentes nacionales y los donantes/agencias internacionales, alcancen acuerdos sobre políticas y estrategias de sector.
- Unificar las fuentes de financiación, desarrollando mecanismos transparentes al establecer prioridades y asignar recursos. Incluyendo la proyección de los recursos disponibles y planes de gasto multianuales.
- Establecer acuerdos de gestión comunes usando los sistemas nacionales para mejorar la coordinación de la ayuda externa al sector y disminuir los costes de transacción.
- Aumentar la equidad en la distribución de recursos a las diferentes áreas geográficas.

El SWAp o ES define una manera de trabajar entre gobiernos y agencias para el desarrollo. Es un mecanismo para coordinar el apoyo a los programas públicos y para mejorar la eficiencia y efectividad en el uso de estos recursos en el sector.

Son cada vez más los países que prefieren reforzar la capacidad de liderazgo del Ministerio de Salud por medio de los Enfoques Sectoriales o SWAps. Los enfoques sectoriales son una de las iniciativas que permiten que los donantes cumplan sus compromisos adquiridos sobre alineación y armonización en Roma, Monterrey y otros foros internacionales.

En un SWAp coexisten generalmente varias formas de financiamiento que van desde los proyectos tradicionales hasta el apoyo presupuestario directo. Cada país debe decidir el tipo de modalidad, entre el gobierno y los donantes, de acuerdo a las políticas y situación del país (financiera e institucional). Las diferentes modalidades serían a grandes rasgos:

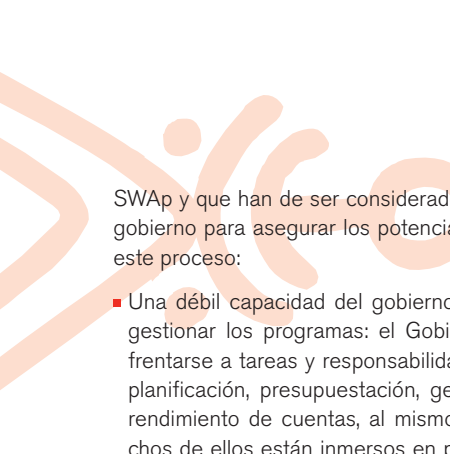
- Proyectos tradicionales: fuera del presupuesto del Estado.
- Provisión de bienes y servicios de los donantes, fuera del presupuesto del estado (asistencias técnicas, materiales y equipos).

- Fondos con destino fijo o **fondos comunes** (pool funding): los fondos se ingresan en una cuenta específica y se destinan a políticas sectoriales determinadas. Los fondos son gestionados por el gobierno o externamente a través de una agencia donante o una entidad contratada para este fin. Algunos de los riesgos que puede presentar esta modalidad de financiación están vinculados a la capacidad del gobierno para la gestión de estos fondos comunes (del ministerio sectorial o del ministerio de finanzas); atrasos en los desembolsos, falta de control por parte de los donantes sobre como se asignan esos fondos y que esos fondos que se asigna a una cuenta en lugar de a las ONGDs, no lleguen como llegaban a través de estas organizaciones, sobre todo en las zonas rurales más aisladas.
- Financiación marcada: apoyo al presupuesto de un sector condicionado a unos acuerdos. Los fondos van al presupuesto público.
- Apoyo presupuestario directo (APD): aportación directa al presupuesto del estado que se ejecutará según los mecanismos de desembolso y contables del país. En el caso del apoyo al presupuesto de un sector determinado, los desembolsos se verán vinculados al logro de resultados.

En las fases iniciales de un SWAp, las partes implicadas tienen que emplear mucho tiempo y esfuerzos para poder establecer los nuevos sistemas de funcionamiento, esto supone un aumento de los costes de transacción aunque se espera, sin embargo, que el tiempo que se emplee por ambas partes sirva para apoyar al gobierno y mejorar sus sistemas y no a sistemas de proyectos paralelos.

También en sus etapas iniciales, el SWAp puede asociarse, a una *recentralización* del control financiero. En estos casos los donantes pueden aportar recursos a fondos comunes a nivel subnacional (provincial) hasta que el Gobierno lo pueda hacer por su cuenta. Para que el SWAp pueda actuar en un sistema descentralizado hay que definir una política nacional que incluya claramente las prioridades al nivel provincial, promover una buena colaboración entre ministerios y entre los diferentes niveles y conseguir que los sistemas operativos de este SWAp garanticen el acceso a los recursos de los niveles locales con una mayor autonomía de gestión.

Cabe también destacar algunos de los condicionantes del entorno que pueden hacer fracasar el proceso



SWAp y que han de ser considerados por donantes y gobierno para asegurar los potenciales beneficios de este proceso:

- Una débil capacidad del gobierno para implantar y gestionar los programas: el Gobierno deberá enfrentarse a tareas y responsabilidades nuevas en la planificación, presupuestación, gestión, vigilancia y rendimiento de cuentas, al mismo tiempo que muchos de ellos están inmersos en procesos de reformas. Esto puede generar cierta presión sobre un gobierno donde ciertas capacidades se encuentran limitadas, lo que puede no beneficiar ni al proceso de armonización ni a muchas de las actividades ya puestas en marcha por el propio Gobierno.
- No enfocarse en las áreas prioritarias y establecer inicialmente unas prioridades inadecuadas: Como ya se ha mencionado, la presión que los nuevos mecanismos de armonización pueden generar en el gobierno podrían provocar un abandono temporal de actividades prioritarias financiadas a través de proyectos o intervenciones verticales. Es necesario ser consciente de esto y tenerlo en cuenta a la hora de iniciar un proceso de enfoque sectorial.
- Poca capacidad del gobierno para rendir cuentas: el gobierno puede tener una capacidad limitada para rendir cuentas por falta de mecanismos establecidos que les permitan garantizar una transparencia y una capacidad de elaboración de informes en plazos establecidos. Es responsabilidad de los donantes implicados en el ES y del Gobierno el analizar esas capacidades y establecer los mecanismos necesarios para compensar estas carencias y evitar que los fondos de la ayuda externa se desvíen de lo pactado. Normalmente en el memorando de entendimiento o fiduciario se pueden contemplar las acciones que tomarán los donantes en caso de que esto suceda.
- En caso de incumplimiento del Gobierno, los donantes pueden decidir suspender la ayuda lo que puede tener un impacto muy negativo en el sistema.

El SWAp en Mozambique

En Mozambique se han establecido tres SWAps, el de educación, agricultura y salud. El SWAp en agricultura o PROAGRI es el más avanzado y apoya las actividades del Ministerio de Agricultura, sector privado y ONGDs. En este caso, ya se

han contratado ONGDs a través del Ministerio. En el caso del sector educación, el Fondo Común (FASE) solo apoya las actividades del sector público y no ha implicado a las ONGDs.

El SWAp en salud de Mozambique se inició en 1998 y con el tiempo ha ido ganando adeptos e incrementado el volumen de recursos integrados en fondos comunes. En mayo de 2000, el MISAU y los socios firmaron un código de conducta y acordaron adoptar una estrategia de sector que permitiese unificar todos los recursos, compartir objetivos y monitorear los avances del sector salud.

En noviembre de 2003 el MISAU y un grupo de donantes (Noruega, Suiza, Irlanda, UE, Finlandia, Holanda, Reino Unido, Dinamarca y Canadá) firmaron el Memorando de Entendimiento del PROSAUDE, que permite al gobierno un mayor margen de maniobra en el uso de sus recursos a cambio de definir una serie de metas e indicadores que permiten a los donantes evaluar y monitorear los avances conseguidos en el sector. Este memorando es solo un parte de los documentos preparados en el contexto del SWAp:

- El PARPA, que define los sectores prioritarios, entre ellos salud y las áreas prioritarias.
- El PESS 2001-2005 aprobado en Abril 2001.
- El compromiso de KAYA KWANGA o código de conducta firmado por los donantes en abril del 2001 y revisado y firmado nuevamente en julio 2003. Establece el marco de trabajo entre los socios firmantes y el gobierno.

En Mozambique, tanto la implementación del SWAp salud como la del PARPA han sido procesos que han permitido poner en práctica elementos de la nueva gestión pública del país, siendo particularmente destacables: el interés en el control del gasto público y los marcos presupuestarios; definición explícita de objetivos, metas e indicadores; descentralización, separar los roles a nivel central y provincial entre la definición y la implementación de políticas; definición de los roles de gestión y asignación de responsabilidades y aumentar, por ejemplo, el uso de contratos y licitaciones públicas. El SWAp ha contribuido a aumentar la transparencia y la rendición de cuentas entre donantes y entre donantes y el ministerio. No obstante, los donantes son a veces excesivamente ambiciosos sobre lo que se puede conseguir y en que plazos.

En el año 2004, los fondos comunes representaron 63 millones de dólares; un 42% del total del financiamiento externo al sector, lo cual confirma la tendencia creciente del financiamiento por fondos en los últimos años (17% en el 2001; 21% en el 2002; 33% en el 2003).

Todos los socios que apoyan al sector salud a través del SWAp se conocen como GT-SWAp (Grupo de Trabajo-SWAp). El grupo de trabajo se reúne semanalmente y se reúnen con el MISAU una vez cada 15 días. En estas reuniones también pueden participar otros donantes aunque no hayan adoptado formalmente el SWAp, como es el caso del BM, algunas agencias de las Naciones Unidas y como lo hizo España, hasta octubre 2004 cuando firmó el MdE. Estos socios también han acordado alinear su cooperación al desarrollo en algunas de sus áreas prioritarias y estratégicas del sector.

La tabla de la página siguiente, elaborada por el GT-SWAp, muestra el plan de desembolsos de los diferentes donantes al PROSAUDE, al FCP y al FCM para el año 2005, que asciende a 88.249.153 dólares.

Respecto a los mecanismos de financiación que pueden ser utilizados por los donantes en un enfoque sectorial, en Mozambique coexisten todos:

- Proyectos financiados a través de ONGDs.
- Asistencia directa de los donantes al MISAU a través de asistencias técnicas o compra de materiales y equipos.
- Fondos comunes que pueden estar totalmente gestionados por el gobierno (FCG) o a través del MISAU (FCP, FCM).
- Apoyo presupuestario marcado para proyectos ejecutados por el MISAU.
- Apoyo presupuestario a la tesorería del estado y gestionados por el Ministerio de Planificación y Finanzas.

Si bien ha representado un avance fundamental, el SWAp está aún lejos de alcanzar el nivel de madurez al que todos aspiran. Por un lado, no todos los cooperantes han asumido en la práctica el mismo nivel de compromiso respecto al código de conducta, por lo que el MISAU carece todavía de información sobre las actividades y montos de financiamiento de algunas agencias de cooperación (por ejemplo USAID o JICA). También coexisten dentro del SWAp agencias

de cooperación que no contribuyen a fondos comunes (como era el caso de España hasta finales del 2004), lo cual no se considera una debilidad sino que refuerza el carácter abierto e integrador de este mecanismo.

Por último, todos los entrevistados coinciden en señalar que el SWAp no es la panacea para la resolución de los muchos problemas del sector y del MISAU. Por ejemplo, dada la centralización y alta burocratización de la gestión en el sector público, el SWAp no ha conseguido resolver la falta de recursos a nivel de las provincias y distritos, ni poner en vías de solución problemas acuciantes del sector como son la escasez y bajo rendimiento de los recursos humanos. Por los mismos motivos, tampoco se puede decir que el SWAp haya empeorado dichos problemas o que la resolución de los mismos resultaría más fácil fuera del mecanismo de SWAp.

La coordinación entre los propios donantes y entre estos y el MISAU es una coordinación compleja y que va a requerir de esfuerzo y tiempo para que pueda ir mejorando.

España ha sido invitada a participar en ese grupo desde el año 2001 y en octubre de 2004 ha firmado la adenda al Memorando de Entendimiento (MdE) PROSAUDE para el Fondo Común Provincial para apoyar con un millón de euros el presupuesto del 2005 (los desembolsos se realizan en octubre de 2004). Este memorando compromete a la Cooperación Española a:

- Realizar contribuciones financieras para el desarrollo del programa PROSAUDE, fondo común de apoyo al sector salud, así como a sus adendas relativas a los FCP y FCM.
- Proporcionar asistencia técnica en las áreas que se decidan conjuntamente en coherencia con los programas de cooperación en salud establecido entre España y Mozambique.
- Promover la formación y capacitación facilitando estudios en España de profesionales mozambiqueños del sector así como el desplazamiento de profesores españoles a Mozambique dentro de los programas priorizados por ambas partes.

El papel de las ONGD en Mozambique

Tras la implementación del SWAp salud en Mozambique, las ONGD nacionales e internacionales que operan en el sector van a verse afectadas por los cambios asociados a este proceso. Hasta ahora su ejecución se ha desarrollado

Plan de Desembolso al Prosaude

Donante Firmante	Contribución (USD)	1er semestre	2° semestre
AFD	647.970	0	647.970
CIDA	3.973.834	1.986.917	1.986.017
DANIDA	250.000	125.000	125.000
DFID	2.967.364	1.483.682	1.483.682
Finlandia	2.607.333	1.303.666	1.303.666
FNUAP	50.000	25.000	25.000
Fondo Global	23.899.071	11.949.535	11.949.535
Países Bajos	3.100.000	1.550.000	1.550.000
SDC	475.530	237.765	237.765
Unión Europea	3.644.131	1.822.065	1.822.065
TOTAL	41.615.232	20.483.631	21.131.601

Fondo Común Provincial 2005

Donante Firmante	Contribución (USD)	1er semestre	2° semestre
AECI	1.226.980	613.490	613.490
AFD	1.226.980	613.490	613.490
DANIDA	650.000	325.000	325.000
Generalitat Catalana	613.490	306.745	306.745
SDC	2.377.650	1.188.825	1.188.825
Unión Europea	2.985.242	1.492.621	1.822.065
TOTAL	9.080.342	4.540.171	4.540.171

Fondo Común de Medicamentos 2005

Donante Firmante	Contribución (USD)	1er semestre	2° semestre
AFD	1.544.725	266.863	266.863
DANIDA	270.000	135.000	135.000
DfID	6.756.459	3.378.230	3.378.230
Finlandia	1.963.168	981.584	981.584
SDC	951.060	475.530	475.530
Unión Europea	4.601.175	2.300.588	2.300.588
TOTAL	16.075.587	8.037.794	8.037.794

Noruega e Irlanda aportarán fondos al MISAU para que sea él quien decida cómo asignarlos:

Donante Firmante	Contribución (USD)
Irlanda	12.760.592
Noruega	8.717.400
TOTAL	21.477.992

sin la participación de estas organizaciones, que en general están poco informadas sobre lo que está ocurriendo.

El papel de las ONGDs en el sector salud de Mozambique es muy diverso. En el caso de las ONGDs españolas éstas proporcionan desde asistencia técnica a prestación de servicios a través de la gestión de centros de salud y/o prestación de servicios en VIH/SIDA (la mayoría de los GATV-Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntaria- del país están gestionados por ONGDs).

Algunas ONGDs pueden influir en la toma de decisiones a nivel nacional que pueden llevar a la elaboración de nuevas políticas. Por ejemplo, algunas ONGDs pertenecientes a NAIMA participaron en la elaboración del borrador de propuesta para el Fondo Global para Tuberculosis, Malaria y SIDA (GFATM) que consiguió que el gobierno adoptase el modelo de redes integradas en VIH/SIDA. En el caso del Centro de Investigación para la Salud de Manhica, los resultados del estudio que el centro realizó sobre la eficacia y resistencia del tratamiento de la malaria, determinaron un cambio en la política del tratamiento de primera línea de la malaria.

A nivel nacional existen varias redes de ONGDs que reagrupan estas organizaciones. Entre estas redes se encuentran⁴:

- NAIMA que reúne a unas 40 ONGDs que trabajan en VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. Esta red se estableció en el año 2001 durante la elaboración del borrador de propuesta para el Fondo Global para Tuberculosis, Malaria y SIDA (GFATM). Esta red pretende defender los intereses que estas ONGDs representan, intercambiar información y coordinar sus actividades en el área de VIH/SIDA. Está formada principalmente por ONGDs internacionales que se reúnen una vez al mes. Dos representantes de asisten a las reuniones quincenales del GT-SWAp y a las reuniones semanales del pre GT-SWAP. Además esta red invita a dos representantes de los donantes a participar en sus reuniones mensuales. Los representantes de NAIMA fueron invitados a las reuniones semestrales del consejo coordinador de salud desde junio del 2002 hasta noviembre de 2003 cuando dejaron de ser invitados. Para ser miembro de esta red es necesario completar un formulario. El gobierno critica que NAIMA no mantiene un buen registro de que ONGDs pertenecen a la red y en ocasiones dicen representar a ONGDs que ni siquiera saben que pertenecen a esta red. Todavía sigue siendo una red informal aunque está gestionando su

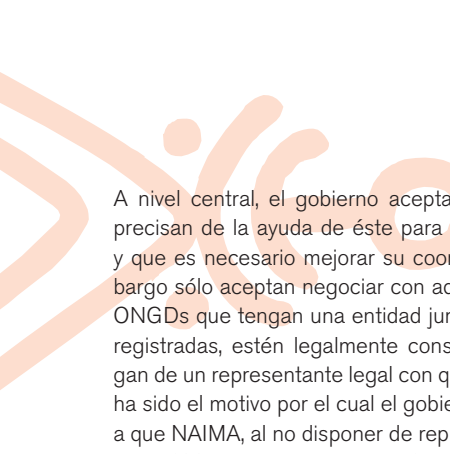
registro en el gobierno de Mozambique, proceso que se inició en mayo o junio de este año pero todavía no ha concluido. Espera poder tener más influencia a nivel central cuando haya sido legalizada.

- MONASO reagrupa más de 200 ONGDs nacionales e internacionales que trabajan en VIH/SIDA con sub-redes a nivel provincial. No ha sido un grupo muy proactivo en trabajar con el gobierno y los donantes y se ha concentrado más en trabajar con el CNCS (Conselho Nacional de Combate a SIDA). También presta asistencia técnica, formación y oportunidades de financiación para otras ONGDs.
- LINK: reúne ONGDs nacionales y extranjeras y trabaja en diferentes sectores incluyendo VIH/SIDA. En este sector han proporcionado asistencia técnica y asesoramiento a MONASO.
- CCM (Conselho Christão de Moçambique) que reúne a 25 iglesias protestantes dedicadas a diferentes actividades, entre ellas el funcionamiento de escuelas y hospitales y el cuidado de huérfanos.
- RENSIDA (Red Cristiana de SIDA) reúne a organizaciones de la sociedad civil que representan a personas con VIH/SIDA. Está formada por organizaciones de la iglesia protestante, incluido el CCM, pero no de la iglesia católica.

A pesar de que el MISAU es consciente de la necesidad de mejorar y formalizar sus relaciones con las ONGDs -según lo especificado en el PESS 2001-2005-, no parece que esta necesidad sea una prioridad. Existe un problema de comunicación entre el MISAU y las ONGDs que ya fue mencionado en la revisión conjunta anual del sector salud que se realizó en el 2003.

Todavía no existen mecanismos formales de coordinación entre el MISAU y las ONGDs que trabajan en el sector salud. Desde el gobierno no se considera que estas organizaciones deban tener ningún papel político y son valoradas como "socios operativos". En su opinión, las ONGDs quieren tener un papel más importante en la toma de decisiones del que ellos consideran deberían tener. Aunque algunas ONGDs han sido invitadas a participar en la elaboración del Plan Estratégico Nacional para VIH/SIDA (PEN), en general, desde el nivel central no se invita a las ONGDs a participar en la elaboración de sus planes sectoriales a pesar de que su amplia experiencia en el terreno podría proporcionar un valor añadido.

⁴ El papel de las ONGDs en el sector salud-SWAp en Mozambique. Notburga Timmermans. Marzo 2004.



A nivel central, el gobierno acepta que las ONGDs precisan de la ayuda de éste para realizar su trabajo y que es necesario mejorar su coordinación. Sin embargo sólo aceptan negociar con aquellas uniones de ONGDs que tengan una entidad jurídica y hayan sido registradas, estén legalmente constituidas y dispongan de un representante legal con quien dialogar. Éste ha sido el motivo por el cual el gobierno se ha negado a que NAIMA, al no disponer de representación oficial para el Ministerio, participe en algunas reuniones.

Algunas ONGDs también se cuestionan la utilidad de trabajar en mayor colaboración con el gobierno debido a la alta burocratización de sus procesos. Éste, a su vez, y desde el nivel central, considera que algunas ONGDs atraen personal cualificado al pagar sueldos más elevados que los que puede pagar el gobierno y no respetan las normas y estándares del gobierno.

Como ya se mencionó anteriormente, el MISAU no considera la formalización de la relación con estas ONGDs como una prioridad aunque está preparando sistemas para su contratación. En el 2004 ya se contrataron varias consultorías para valorar la regulación y organización con las ONGDs y para desarrollar acuerdos entre el MISAU, el CNCS y las ONGDs que vayan a realizar actividades en salud relacionadas con el VIH/SIDA y financiadas por el programa multicéntrico VIH/SIDA del Banco Mundial (MAP). Los fondos serán gestionados por el CNCS y el MISAU tendrá un papel de supervisión técnica. El MISAU espera delegar la gestión de los contratos a su unidad de implementación de proyectos GACOPI (que depende de la DPC y es responsable de la gestión de los programas

de inversión de capital en el sector salud y apoya al MISAU en los procesos de compra).

Se espera que cuando el PROSAUDE funcione, éste se utilizará para canalizar la financiación de las ONGDs. Gran parte de las actividades sanitarias en VIH/SIDA que se realicen en el 2004 serán implementadas por ONGDs. Parte de los fondos del Fondo Global que se aporten al PROSAUDE se utilizarán para contratar a ONGDs internacionales para implantar las redes integradas, apoyados por fondos del Consejo Nacional para combatir el SIDA (CNCS) procedentes del Fondo Global y del programa multicéntrico VIH/SIDA del Banco Mundial (MAP) y posteriormente mediante financiación procedente del programa TAP del BM (Treatment Acceleration Programme contra VIH/SIDA) gestionados por el MISAU. (Hasta ahora los fondos del MAP y del Fondo Global están sufriendo grandes retrasos en sus desembolsos que el gobierno manifiesta como un problema importante porque son fondos comprometidos).

Estos cambios van a afectar a las ONGDs que trabajan en el sector salud que van a tener que coordinarse más y mejor con el gobierno a nivel central e integrarse más en los nuevos procesos y mecanismos de cooperación. La tendencia de los donantes es a ir desviando cada vez más fondos hacia los nuevos mecanismos comunes de financiación e ir disminuyendo los fondos que se canalizan a través de las ONGDs, lo que va a obligar a estas organizaciones a adaptarse a los cambios, integrándose más en el proceso. Esta situación puede afectar de forma diferente a las ONGDs que trabajan en las zonas más aisladas donde los recursos que reciben del gobierno central/provincial no son suficientes para cubrir sus necesidades.



2 Descripción de las intervenciones

2 Descripción de las intervenciones

Esta evaluación ha examinado la actuación de la cooperación española en el sector salud en Mozambique a través de la selección de una muestra de intervenciones ocurridas entre 2001 y 2004, para abarcar así el periodo de convocatorias de ONGDs de la AECl, así como el periodo de vigencia de la última Comisión Mixta Hispano-Mozambiqueña. Esta evaluación ha contemplado además un análisis en profundidad de los proyectos ejecutados por tres de las ONGDs españolas que operan en la provincia de Cabo Delgado y del Centro de Investigación en Salud de Manhica.

Tabla de Proyectos Seleccionados

ENTIDAD	PROYECTO	DURACIÓN	INICIO	FIN	SUBVENCIÓN	TOTAL
Médicos del Mundo	Fortalecimiento de los servicios de salud de la región de Pemba	3 años	Abril 2002	Diciembre 2005	1.420.612 € (236,3 m Ptas.)	1.583.170 € (264 M Ptas.)
CIC-1	Apoyo al Programa Nacional de Cirugía de Mozambique (2ª Fase)	18 meses	Julio 2001	Septiembre 2003	665.912,4 € (111 m Ptas.)	1.013.514 € (169 m Ptas.)
CIC-2	Rehabilitación Funcional del Hospital Provincial de Cabo Delgado. Pemba	18 meses	Enero 2002	Diciembre 2003	300.506,5 € (50 m Ptas.)	685.988 € (114 m Ptas.)
CIC-3	Mejora de la Capacidad Funcional de los Hospitales Rurales de Mozambique	15 meses	Diciembre 2002	Diciembre 2004	355.612 € (59 m Ptas.)	546.620€ (91 m Ptas.)
CIC-4	Asistencia Técnica y Formación de Recursos Humanos para el Sector Hospitalario	18 meses	Diciembre 2003	Junio 2005	450.000 € (75 m Ptas.)	653.013 € (109 m Ptas.)
TOTAL CIC					1.772.030 € (168,6 m Ptas.)	2.899.135 € (295 m Ptas.)
Fundació Clínic Mozambique	Prioridades Materno-infantiles y desarrollo: investigación, asistencia técnica y formación para el desarrollo de las comunidades y el alivio de la pobreza	3 años	Agosto 2001	Agosto 2004	2.214.708 € (368,5 m Ptas.)	2.634.892 € (438,4 m Ptas.)
Médecus Mundi⁵	Fortalecimiento del desarrollo de la atención primaria de salud en las provincias de Cabo Delgado y Gaza (Mozambique) y Luanda (Angola)	3 años	Julio 2001	Junio 2004	2.704.554 € (450 m Ptas.)	6.693.157 € (1.113,6 m Ptas.)
Médecus Mundi	1. Infraestructura Sanitaria	3 años	Julio 2001	Junio 2004	915.515 € (152,3 m Ptas.)	2.774.981 € (461,7 m Ptas.)
Médecus Mundi	2. Formación de Personal Sanitario. Cabo Delgado (Zona Sur y Centro) Gaza (Zona Centro)	3 años	Julio 2001	Junio 2004	897.633 € (149,4 m Ptas.)	2.346.352 € (390,4 m Ptas.)
Médecus Mundi	3. Atención sanitaria básica Cabo Delgado (Zona Sur y Centro)	3 años	Julio 2001	Junio 2004	303.258 € (50,5 m Ptas.)	742.339 € (123,5 m Ptas.)
Médecus Mundi	4. Control de enfermedades infecciosas. Cabo Delgado (Zona Sur y Centro).	3 años	Julio 2001	Junio 2004	390.547 € (65 m Ptas.)	554.887 € (92,3 m Ptas.)
Médecus Mundi	5. Educación sanitaria. Cabo Delgado (Zona Sur)	3 años	Julio 2001	Junio 2004	145.960 € (24,3 m Ptas.)	209.440 € (34,8 m Ptas.)

⁵ La información económica disponible para este programa no permite desagregar el coste de las actuaciones en Mozambique de las de Angola. Tampoco permite separar las de Gaza de las de Cabo Delgado.

1. Federación de asociaciones de Médicos Mundi España

El programa “**Fortalecimiento del desarrollo de la atención primaria de salud en las provincias de Cabo Delgado y Gaza**” está integrado en un Programa más amplio que incluye la provincia de Luanza en Angola. La ejecución del proyecto a evaluar se enmarca en el sector rural de Mozambique, en la provincia de Cabo Delgado y concretamente en los distritos de Montepuez, Balama y Namuno (Zona Sur, llevado por Médicos Mundi Cataluña) y Ancuabe, Meluco y Macomia (Zona Centro, llevado por Médicos Mundi Madrid).

El programa quinquenal (2000-2005) de salud de la Provincia de Cabo Delgado prioriza la expansión de los servicios de salud, teniendo como estrategia principal el aumento de la calidad de los cuidados de salud primarios y la rehabilitación de las infraestructuras sanitarias. El sector salud de esta provincia cuenta con el apoyo de varias ONGD que operan en casi todos los distritos de la misma, programas de la DPS. Entre ellos destacar el Programa Intersectorial de Salud de Cabo Delgado, financiado por la Unión Europea (2,5 millones de euros) y que se desarrolla en los distritos de Mocimboa da Praia, Palma, Muidumbe, Nangade y Mueda. En esta zona el Plan Estratégico 2005-2007 intenta armonizar el Programa quinquenal del Gobierno, el PARPA, el Plan Estratégico de la Provincia de Cabo Delgado y el Plan Estratégico del Ministerio de Salud, alrededor de cinco objetivos (mejorar las actividades de rutina, mejorar la gestión, aumentar la cobertura y la calidad de los servicios y mejorar el acceso y coordinación intersectorial) con indicadores de resultados cuantificados.

Desde 1994 Médicos Mundi trabaja en la provincia de Cabo Delgado, habiendo recibido dos subvenciones de la SECIPI/AECI para dos proyectos también ejecutados en esta provincia: 1994-97: Apoyo al desarrollo sanitario de la región Sur de Cabo Delgado, distritos de Montepuez, Balama y Namuno. Fase I. 1997-2001. Apoyo al desarrollo de la región Sur de Cabo Delgado, distritos de Montepuez, Balama y Namuno. Fase II. (SECIPI/AECI).

La estrategia de intervención del proyecto se basa en centrar los esfuerzos de la asistencia técnica en aspectos vinculados a la planificación y a la administración y gestión de recursos; con especial énfasis en los aspectos relacionados con el Sistema de Información como elemento fundamental para la toma de decisiones a nivel local.



El objetivo general del proyecto es el fortalecimiento del desarrollo de la Atención Primaria de Salud en la provincia de Cabo Delgado. Y su objetivo específico, la mejora de las prestaciones de los servicios de salud, en tanto a cobertura, calidad y eficiencia de la Zona Sur y Centro de la provincia de Cabo Delgado.

El eje central proyecto es la prestación de apoyo técnico a las Direcciones Distritales de Salud (impulsando el proceso de descentralización iniciado en 2001) reforzando aquellas actividades encaminadas principalmente al seguimiento y apoyo a las unidades sanitarias periféricas, con un enfoque horizontal de fortalecimiento recíproco entre las sedes de distrito y la red sanitaria periférica. Aunque el mayor esfuerzo del proyecto va dirigido al trabajo en los Distritos de Salud, también se interviene en relación a la Formación Inicial y Continua del personal de salud.

La mayor parte de la intervención del proyecto comprende actividades relacionadas con la mejora infraestructural de la red sanitaria y la formación del personal de salud.

2. Médicos del Mundo

El proyecto **Fortalecimiento de los servicios de salud de la región de Pemba** está integrado en un Programa más amplio denominado ‘Mejora de la Salud Básica de poblaciones desfavorecidas en seis países’¹⁶. En Mozambique el proyecto se desarrolla en la provincia de Cabo Delgado, en los distritos de Pemba-Metuge, Quissanga, Ibo y Mecufi.

El Programa Quinquenal (2000-2005) de salud de la provincia de Cabo Delgado prioriza la expansión de los servicios de salud, teniendo como estrategia principal la mejora de la calidad de los cuidados de salud primarios y la rehabilitación de las infraestructuras sanitarias. El sector salud de esta provincia cuenta con el apoyo de

varias ONGDs que operan en casi todos sus distritos de la misma. Cabe destacar el Programa Intersectorial de Salud de Cabo Delgado, financiado por la Unión Europea (2,5 millones de euros) y que se desarrolla en los distritos de Mocimboa da Praia, Palma, Muidumbe, Nangade y Mueda. En esta zona el Plan Estratégico 2005-2007 intenta armonizar el Programa quinquenal del Gobierno, el PARPA, el Plan Estratégico de la Provincia de Cabo Delgado y el Plan Estratégico del Ministerio de Salud alrededor de cinco objetivos: mejorar las actividades de rutina, mejorar la gestión, aumentar la cobertura y la calidad de los servicios y mejorar el acceso y coordinación intersectorial.

La entidad ya había ejecutado proyectos de educación para la salud en el país, apoyo a maternidades y hospitales y ayuda a poblaciones desplazadas en las provincias de Maputo y Gaza financiados por CCAA (Comunidad Valenciana, País Vasco y Castilla La Mancha), Ayuntamientos y fondos propios de la organización.

En su estrategia el proyecto incorpora seis líneas de actuación fundamentales:

- Extensión de la cobertura y mejora de la calidad de los servicios básicos de salud.
- Promoción de la salud y del desarrollo local en las comunidades.
- Mejora de la organización de los servicios con participación ciudadana.



El Objetivo general del programa es la mejora del estado de salud y la capacidad de influencia de grupos de población desfavorecidos en seis países mediante acciones sanitarias y sociales con la participación de las comunidades. Y su objetivo específico en Mozambique es el fortalecimiento de los Servicios de Atención Primaria y Promoción de la Salud en la Región de Pemba.

- Apoyo a los grupos de mujeres y mejora de la salud materno- infantil.
- Respaldo a los movimientos asociativos y fortalecimiento institucional local.
- Facilitación del acceso a la salud en el marco de los derechos humanos.

3. Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC)

El programa de actuación en Mozambique del CIC continúa en la línea de actuación iniciada hace más de 12 años de apoyo a los Programas Nacionales Clínico-Quirúrgicos del Ministerio de Salud de Mozambique y a la formación de recursos humanos especializados en los hospitales provinciales y rurales del país.

El objetivo final del programa es ofrecer a nivel nacional una asistencia quirúrgica aceptable, equilibrada y razonable para cada nivel de la red pública del país, dotando a todos sus centros de infraestructuras, equipamientos y materiales adecuados, personal más formado y motivado, un mejor sistema de información, organización y gestión, así como de unos criterios e indicadores de actividad y calidad más fiables.

El programa se estructura en cuatro líneas principales de actuación o proyectos:

3.1. Apoyo al Programa Nacional de Cirugía de Mozambique (2ª Fase)

Su objetivo general es contribuir al desarrollo global de las actividades quirúrgicas en Mozambique. Su objetivo específico es apoyar al Programa Nacional de Cirugía de forma que sea capaz de ofrecer una asistencia quirúrgica aceptable, equilibrada y razonable para cada nivel del sistema sanitario del país, con criterios de eficacia, eficiencia y calidad; haciendo que todos sus centros posean unas infraestructuras, unos equipamientos y materiales, un personal, y un sistema de información, organización, gestión y control de calidad adecuados para unas necesidades definidas con criterios de equidad y corrección de desigualdades.

® Albania, República Federal Yugoslavia, Nicaragua, El Salvador, Mozambique y Filipinas.

3.2. Rehabilitación Funcional del Hospital Provincial de Cabo Delgado

El objetivo general es colaborar en la mejora de las condiciones de cuidados de salud de la población de la provincia de Cabo Delgado. Su objetivo específico es la rehabilitación del Hospital Provincial de Pemba y refuerzo de la dirección del mismo para que se reestructure y modernice, ofreciendo servicios adecuados y prestigiándolo como servicio público.

3.3. Mejora de la capacidad funcional de los hospitales rurales

El objetivo general es mejorar la capacidad asistencial de la red hospitalaria rural del Sistema Nacional de Salud. El proyecto se plantea como objetivo específico mejorar la capacidad diagnóstica y asistencial (organizativa y funcional) de los hospitales rurales fortaleciendo las unidades periféricas y el sistema de referencia provincial.

3.4. Asistencia técnica y formación de recursos humanos para el sector hospitalario

El objetivo general es contribuir a la mejora de la accesibilidad geográfica de los pacientes y usuarios a los servicios hospitalarios, evitando la cronicación de patologías curables y reduciendo la mortalidad producida por patologías del foro quirúrgico. El objetivo específico de este proyecto es básicamente el refuerzo y la capacitación de los recursos humanos especializados.

4. Fundació Clínic

Prioridades Materno-infantiles y desarrollo: investigación, asistencia técnica y formación para el desarrollo de las comunidades y el alivio de la pobreza.

La Unidad de Medicina Tropical del Hospital Clínic y, más tarde, la *Fundació Clínic para la Investigación Biomédica*, a través de la Unidad de Epidemiología y Bioestadística y, en la actualidad, del *Centro de Salud Internacional*, solicitó una subvención para la continuidad de su programa '*Prioridades materno-infantiles y desarrollo: investigación, asistencia técnica y formación para el desarrollo de las comunidades y el alivio de la pobreza*' que se desarrolla en

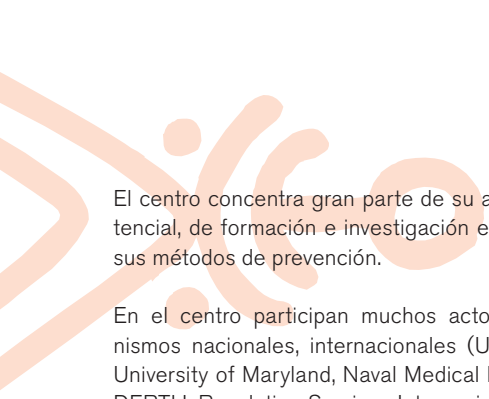
dos países: Marruecos y Mozambique. Se ha procedido a evaluar el proyecto ejecutado en Mozambique, en concreto en el 'Centro de Investigación en Salud de Manhiça-CISM' (Provincia de Maputo) durante el periodo de agosto de 2001 a agosto de 2004.

El CISM se creó en 1996 y articula asistencia técnica, formación e investigación en cada uno de sus proyectos y estudios. Desde sus inicios ha contribuido con su apoyo a reforzar las siguientes iniciativas: la formación inicial de dos '*training fellows*', el establecimiento de una estación rural y el inicio del Sistema de Vigilancia Demográfica y del Sistema de Información Geográfica.

La Fundació Clínic cuenta con la colaboración del Ministerio de Salud, la Facultad de Medicina (Universidad Eduardo Mondlane, Maputo) y la OTC que desde 1995 ha financiado a través de diversas convocatorias los costes corrientes del centro así como algunas de las líneas de investigación. El objetivo de esta colaboración ha sido contribuir al desarrollo de las comunidades de una zona rural del sur de Mozambique a través de asistencia técnica, formación e investigación así como aportar evidencias que permitan guiar las políticas de salud del MISAU.

Mediante la subvención aportada por la AEI, se mantiene el funcionamiento básico del centro en sus tres vertientes de asistencia, formación e investigación:


- Se financian las actividades de **apoyo asistencial** al Centro público de Salud de Manhiça, en especial el Ingreso de Corta Duración (ICD), organizado conjuntamente por la Fundació Clínic y las autoridades distritales de salud. Asimismo las pruebas de laboratorio que complementan los exámenes clínicos se realizan en el laboratorio de la Fundació Clínic.
- En cuanto a **formación** se siguen diversos programas en cada nivel formativo: doctorados y maestrías, formación de personal básico (microscopistas y técnicos sanitarios) y rotación de estudiantes de medicina españoles y mozambiqueños formándoles en técnicas epidemiológicas.
- La Fundació Clínic sirve de plataforma para la realización de múltiples **estudios específicos** en malaria, tuberculosis, virus respiratorio, etc., cuyo valor añadido y fiabilidad radica en la disponibilidad de datos reales sobre demografía obtenidos mediante el censo y la información geográfica actualizada. Los resultados son difundidos en revistas especializadas y orientan las decisiones en materia de políticas públicas de salud.



El centro concentra gran parte de su actividad asistencial, de formación e investigación en la malaria y sus métodos de prevención.

En el centro participan muchos actores de organismos nacionales, internacionales (UNICEF, OMS, University of Maryland, Naval Medical Research, INDEPTH, Population Services Internacional y la Oficina Técnica de Cooperación Española), tanto públicos como privados (Glaxo SmithKline, Fundación Bill y Melinda Gates y el GFATM).

El objetivo general es promover el desarrollo de las comunidades y el alivio de la pobreza a través del acceso de la población vulnerable de las zonas de intervención a unos servicios de salud de calidad que actúen de forma más eficaz frente a los problemas de salud prioritarios. La investigación, el desarrollo de los servicios asistenciales de salud, la formación de personal e investigar los problemas prioritarios de salud en un área rural del sur de Mozambique, son los objetivos específicos que se operativizan en once líneas de actuación.



3 Resultados

3 Resultados

1. Dimensiones evaluadas por proyecto

A continuación se describen los resultados de la evaluación de los cuatro proyectos seleccionados de acuerdo a los criterios definidos por la SGPEPD para esta evaluación:

1.1. Pertinencia

La pertinencia de los proyectos seleccionados se evaluó mediante el análisis de sus características con relación a este listado no exhaustivo de parámetros:

- Las políticas de desarrollo nacionales, regionales o locales en el ámbito de la salud en Mozambique.
- Implicación de las autoridades sanitarias en las acciones, tanto a nivel central como local.
- Los problemas y las necesidades de la población beneficiaria.
- Grado de integración del Programa y la pertinencia de las líneas de acción con sus resultados respectivos.
- Grado de coherencia y complementariedad con los objetivos y prioridades de la política de la Cooperación Española.
- Las capacidades técnicas y financieras con las que cuenta el donante y los ejecutores.

Médicus Mundi España (MM)

Fortalecimiento del desarrollo de la atención primaria de salud en las provincias de Cabo Delgado y Gaza: La atención primaria en el sector salud es altamente pertinente en relación con el contexto, las políticas de desarrollo nacionales

y de la Cooperación Española en Mozambique. El sector salud es prioritario en la estrategia país tanto para la CE como para el MISAU y la aportación de MM complementa y apoya el fortalecimiento y la cobertura de la atención primaria en aquellos lugares donde está trabajando.

La identificación de los problemas y de las necesidades reales de la población en el sector salud se ha hecho sobre la base de la experiencia de los años de trabajo de la ONGD en el país y tras consultar con la DPS de Cabo Delgado. En la identificación se ha pretendido responder a las demandas planteadas a través de cinco líneas de acción, de las que, a continuación, se emiten las siguientes apreciaciones en cuanto a la pertinencia:

1. Infraestructura sanitaria: se ha valorado este aspecto de acuerdo a su respuesta, a las prioridades del gobierno, a las necesidades de la población, a su grado de integración y a las capacidades de la contraparte. Y, en términos globales, podemos decir que han sido pertinentes como herramienta e instrumento de apoyo al resto de componentes. Han sido valoradas muy positivamente por las autoridades locales y el personal sanitario local.

Aunque la línea de acción de infraestructuras sanitarias se valora pertinente en su conjunto, algunas de ellas todavía no se han consolidado o no se están utilizando a pleno rendimiento por diferentes problemas causados por las capacidades locales o por otras ONGD que habían comprometido fondos, pero no por culpa de MM (por ejemplo, en Ancuabe la construcción de la Maternidad ha finalizado con un retraso superior a los dos años y aun no está en funcionamiento por ausencia de un protocolo de supervisión para su correcta utilización). En Balama, si bien la maternidad nueva está ya acabada, no está en funcionamiento por falta de equipamiento, lo cual no era responsabilidad de MM.

II. Formación de personal sanitario: las necesidades de formación, actualización de conocimientos y elaboración de las planificaciones en los distritos y DPS son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema. En este sentido se considera pertinente esta línea de acción y ha sido valorada y apreciada en las entrevistas con los diferentes interlocutores. Esta línea de acción es considerada por las instituciones locales de gran importancia, tanto por su contenido como porque significa un acompañamiento y un estímulo en la formación del personal.

III. Atención sanitaria básica: sus actividades están dirigidas a las poblaciones más vulnerables: a mujeres (con la necesidad de atención en salud reproductiva, embarazo, parto y post-parto) y a la población infantil (desde el nacimiento, durante el primer año de vida y hasta los cinco años, por su vulnerabilidad ante la desnutrición, malaria, enfermedades diarreicas agudas, etc.).

Se visitaron centros de salud, maternidades y hospitales en los distritos de influencia del proyecto. El programa de maternidad segura, el trabajo con las parteras tradicionales, la vigilancia nutricional y los programas de sensibilización comunitaria en estos temas son totalmente pertinentes. Las dificultades socio-culturales son cuestiones de alta sensibilidad que se están tratando de abordar a través de las charlas comunitarias.

En cuanto a la mejora de registros y análisis de la información sanitaria, se ha comprobado en varias ocasiones y a nivel de los centros visitados la falta de registros y la necesidad de validar esos registros para que sean fiables. El trabajo que MM realiza para mejorar estas carencias se considera pertinente, siendo necesaria su continuidad para obtener un sistema fiable y estable.

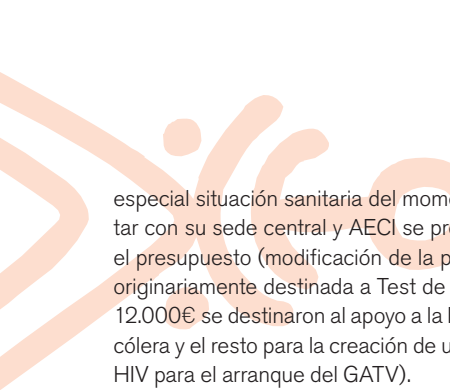
IV. Control de enfermedades infecciosas: esta línea de acción se ha trabajado en los distritos de la zona Sur de Cabo Delgado con la formación de personal sanitario en el correcto uso de protocolos de actuación, frente a enfermedades inmunoprevenibles, malaria y ETS/SIDA. En el país, el control de la infección por VIH/SIDA con tratamiento antiretroviral (ARV) está en su fase de inicio y la extensión a capas más amplias de la población se pretende realizar en los próximos años mediante el despliegamiento de redes integradas. Es pertinente abordar este tema, así como las restantes enfermedades infecciosas habituales.

V. Educación Sanitaria: esta línea de acción se ha desarrollado en la zona sur de Cabo Delgado, para fortalecer la educación sanitaria en las sedes distritales. Como línea de acción, se considera básica para fortalecer la salud comunitaria a través de la sensibilización y educación. Sus resultados son a medio plazo y a veces difícilmente cuantificables. Las actividades con los agentes comunitarios de salud, activistas, consejos de líderes comunitarios, y también en las escuelas, son pertinentes y se deberían ampliar. La ONGD ya lo tiene previsto para el siguiente período lo que implica potenciar el papel que los educadores sociales locales están realizando.

Se valora como muy pertinente la posibilidad de que en las estructuras de los distritos, aparezca con mayor importancia la figura de los agentes comunitarios de salud y activistas y que desde el programa se apoye a los directores de distrito para motivar el trabajo de educación sanitaria y sensibilización. Además, la atención domiciliar de las personas con SIDA es un problema a resolver en todo el país y el rol de los ACS y activistas, adecuadamente entrenados para la prestación de estos servicios es muy pertinente.

Médicos del Mundo (MmM)

Las líneas de acción del proyecto se corresponden a la realidad del contexto en el que éste se desarrolla y además están alineadas con el proceso de descentralización y con la política del gobierno de fortalecimiento de la administración regional y local. En varias ocasiones, ha sido necesario adaptar las intervenciones planificadas a las circunstancias cambiantes del sector. Como por ejemplo, la situación extraordinaria de Brote Epidémico de Cólera. A principios del año 2003, a raíz de las fuertes lluvias y debido a las deficientes condiciones de saneamiento, en la ciudad de Pemba se produjo un brote epidémico de cólera que afectó a más de 630 personas. Debido a esta situación, el responsable de la Dirección Provincial de Salud de Cabo Delgado, solicitó a MmM colaboración en la lucha contra la epidemia, haciéndose necesaria la actuación a nivel comunitario para la prevención de nuevos casos, además de reforzar la capacidad operativa de las unidades de salud desplazadas al Centro de Cólera. La DPS solicitó a la contraparte en este proyecto, apoyo financiero en esta situación de alerta epidemiológica para poder desarrollar las actividades previstas. MmM no contemplaba, en el distrito de Pemba Ciudad, actividades diferentes de las relacionadas con temas de VIH/SIDA, pero dada la



especial situación sanitaria del momento y tras consultar con su sede central y AECl se procedió a modificar el presupuesto (modificación de la partida de 19.631€ originariamente destinada a Test de HIV para el GATV, 12.000€ se destinaron al apoyo a la DPS en el brote de cólera y el resto para la creación de un stock de Test de HIV para el arranque del GATV).

Otro ejemplo es el proyecto del MISAU para el periodo 2004-2008 mediante el cual está actualmente desarrollando la estrategia para el aumento gradual de cuidados y tratamiento a los enfermos con VIH/SIDA en el país. Por otro lado, la línea de VIH/SIDA de este proyecto de MdM engloba una cierta dispersión de sus actividades. Por ello, la entidad debería abordar esta línea del proyecto con un tratamiento más complejo e intenso, quizás en un proyecto independiente.

Sobre el diseño y la formulación del proyecto cabe señalar que el primer resultado de este proyecto no corresponde con ningún problema 'en positivo', sino que corresponde a actividades necesarias para conseguir los otros resultados, circunstancia vinculada al hecho de que la entidad inició el trabajo en esta zona con este proyecto.

Consejo Interhospitalario de Cooperación

El programa interviene en la lucha contra la pobreza mediante la mejora de la asistencia quirúrgica y de la capacidad diagnóstica, en los distintos niveles de la red pública del país, y es pertinente con relación al contexto, las políticas de desarrollo nacionales y de la Cooperación Española en Mozambique. El objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica de los hospitales rurales con las técnicas de ecografía (mejora de la salud materno-infantil) es absolutamente pertinente.

La entidad ha participado en la gestión de un crédito FAD para la compra de unidades de esterilización de hospitales y ha colaborado en la apertura de puertas a España en el mercado mozambiqueño (MEDIMOC). Aspectos coherentes con las políticas de la CE a través de sus mecanismos operativos pero cuya idoneidad como instrumento de cooperación al desarrollo, tal y como se contempla en la Ley de Cooperación española debería ser motivo de análisis y discusión por los distintos agentes que en ella participan.

El programa ha contemplado la atención a las necesidades básicas de salud de la comunidad haciendo

especial hincapié en los colectivos más desfavorecidos. Concretamente, en la provincia de Cabo Delgado, donde se sitúa de forma particular un componente importante del proyecto. La carencia de infraestructuras y de personal técnico limita considerablemente las prestaciones sanitarias que se ofrecen. Con la rehabilitación funcional del Hospital Provincial de Bemba y la formación y reciclaje de recursos, se contribuyó a mejorar cualitativamente los cuidados que se dispensan a la población más pobre del país. Hay que tener en cuenta, que el Hospital de Pemba es hospital de referencia para los hospitales rurales de Montepuez, Mueda y Mocimboa da Praia, así como referencia directa para un 50% de los distritos de la provincia. En este sentido, al mejorar el servicio de salud del hospital provincial de Pemba se respondía a las necesidades de la población de la provincia. Por tanto, su rehabilitación se integra dentro de las directrices de la DPS, como solución intermedia a la ejecución del Plan Director del Hospital (plan de rehabilitación más largo e intenso en cuyo diseño también participo el CIC) y, en términos globales, ha sido pertinente en tanto se ajustaba muy bien a una necesidad sentida e imperiosa en la provincia y que ha sido valorada además como muy positiva por las autoridades locales y el personal sanitario local.

El proyecto de Apoyo al Programa Nacional de Cirugía es pertinente en la medida en que respondió a una petición del Ministerio de Salud en la Comisión Mixta España-Mozambique de 1998, y en este sentido, respondía a prioridades y necesidades sentidas por el Ministerio. Sin embargo, No queda claro cual es el grado de integración del Plan Nacional de Cirugía en el Sistema Nacional de Salud de Mozambique ni el grado de compromiso del Ministerio de Salud dado el escaso apoyo financiero, técnico y logístico recibido.

Asimismo, la formación de recursos humanos especializados es un aspecto básico en el desarrollo sanitario del SNS de Mozambique. El componente de formación en el campo quirúrgico es muy relevante en el proyecto, y abarca a la totalidad del país. Esta línea de acción ha sido valorada y apreciada en las entrevistas con los diferentes interlocutores.

El proyecto de 'Mejora de la Capacidad Funcional de los Hospitales Rurales' es coherente con las directrices del país (Plan Estratégico del Sector Salud 2000-2005), donde se indica la necesidad de potenciar el sector hospitalario y especialmente la

necesidad de potenciar la descentralización sanitaria dotando a las unidades periféricas de más medios (materiales y humanos).

La etapa de identificación de los problemas y necesidades reales, realizada en la formulación de los distintos proyectos ejecutados, ha estado bien fundamentada en la experiencia de los años de trabajo de la entidad en el país y en las relaciones establecidas con el Departamento de Asistencia Médico (DAM) del Ministerio de Salud. Tan solo en el proceso de identificación de necesidades correspondientes al proyecto de mejora de la capacidad funcional de los hospitales rurales faltó una mayor discusión y el establecimiento de compromisos muy concretos entre el CIC y las contrapartes (DNS/DAM y especialmente el Departamento de Imagen del Hospital Central de Maputo). En este sentido hay que destacar la posición del Servicio de Imagen del Hospital Central de Maputo que defendía que no era pertinente enseñar la técnica ecográfica a médicos no radiólogos y que ésta técnica debía ser realizada por médicos especializados en imagen. Este factor actuó como elemento negativo en este proyecto.

El programa del CIC mejoró la capacidad diagnóstica del hospital de Pemba con la compra de 3 ecógrafos, ECG, nebulizadores, material para las salas de reanimación y autoclaves. Hasta ahora, el CIC se ha responsabilizado del mantenimiento de este equipamiento, pero en adelante deberá hacerlo el propio hospital. Las personas entrevistadas en el hospital, declararon que tienen inutilizados algunos equipamientos por distintos motivos, entre ellos la falta de capacidad de resolución de averías. Es por tanto útil plantearse el grado de coherencia de este tipo de acciones.

Sin embargo también ha dedicado una parte relativamente importante del presupuesto de alguno de sus proyectos a la compra de equipamientos no necesariamente 'básicos' para los hospitales rurales (citoscopios y fibroscopios).

Fundació Clínic

Se ha demostrado suficientemente que el problema prioritario de salud en Mozambique es la malaria. Por este motivo, la intervención se considera pertinente ya que se dirige a combatir una enfermedad que es una de las principales causas de morbilidad, mortalidad y pérdidas económicas en Mozambique y en muchos

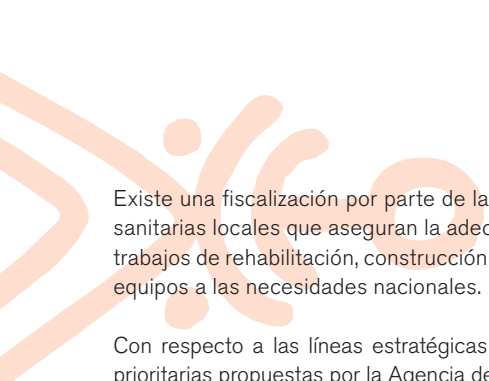
otros países del África Sub-sahariana. Para el gobierno mozambiqueño y el Ministerio de Salud, el Programa Nacional de Malaria está en el grado más alto de prioridad y la relevancia y utilidad de las aportaciones de la Fundació Clínic se consideran de alto valor para la definición de estrategias del abordaje del problema y la adecuación de las pautas de tratamiento.

La línea prioritaria de actuación se centra necesariamente en los grupos más vulnerables, que registran una tasa de exposición a la enfermedad y por tanto de morbi-mortalidad más altos: la población infantil y las mujeres en edad fértil.

Con respecto a la línea de formación del programa, hay que destacar que el país tiene dificultades para encontrar recursos humanos debidamente formados para ocupar puestos decisivos en la política sanitaria del país y de investigación, siendo la situación especialmente crítica en el ámbito de los técnicos superiores (necesidad por un lado, de cuadros en el Ministerio de la Salud y, por otro, de cuadros especialmente formados para enfrentarse a problemas complejos, masivos y de difícil manejo).

En el ámbito internacional, el hecho de que la Fundació Clínic pertenezca y participe en distintas iniciativas multilaterales (entre otras: *African Malaria Vaccine Testing Network, European Malaria Vaccine Initiative, Global Alliance for Vaccine and Immunisation, INDEPTH, Roll Back Malaria, Multilateral Initiative on Malaria, Global Forum for Health Research*) para la prueba de nuevas vacunas contra la malaria, supone que sus investigaciones son de alta calidad y pueden ser de gran trascendencia para toda África.

Desde el punto de vista de los objetivos de la Cooperación al Desarrollo española la acción se integra en un concepto de Cooperación amplio, ya que va más allá de la consideración de un beneficio inmediato sobre la población beneficiaria. Una iniciativa de este tipo se sitúa, además, en el nivel más novedoso de la cooperación al desarrollo ya que integra componentes combinados que permiten abordar la problemática de las enfermedades transmisibles de forma global, mejorando la calidad de la asistencia, haciendo transferencia de tecnología, formando personal especializado para abordar la problemática de las grandes enfermedades transmisibles en África, y probando soluciones factibles a los problemas identificados como más prioritarios por los responsables del Ministerio de Salud.



Existe una fiscalización por parte de las autoridades sanitarias locales que aseguran la adecuación de los trabajos de rehabilitación, construcción y compras de equipos a las necesidades nacionales.

Con respecto a las líneas estratégicas de actuación prioritarias propuestas por la Agencia de Cooperación Española, no cabe duda de que el proyecto está en línea con uno de los principales problemas de salud del país, la malaria, tanto en lo que respecta a los aspectos asistenciales, como de formación y de investigación.

3.1.2. Eficacia

La eficacia de los proyectos evaluados se analizó mediante el análisis de sus características en relación a:

- La adecuación de los indicadores para medir los objetivos específicos.
- El nivel de consecución de los servicios y/o productos previstos en el proyecto.
- El nivel de participación y el grado de satisfacción de las entidades locales beneficiarias.
- La adecuación de los supuestos y las hipótesis a nivel de resultados.
- La intervención de factores externos no previstos y el grado de flexibilidad de la gestión del proyecto y de adaptación con el fin de asegurar que los resultados alcanzaran el objetivo.

Medicos Mundi

En cuanto a la eficacia en términos generales de consecución del objetivo específico: *"Mejora de las prestaciones de los servicios de salud, en cuanto a cobertura, calidad y eficiencia"* y del objetivo global: *"Fortalecimiento del desarrollo de la Atención Primaria de Salud"*, se pueden hacer varias consideraciones:

- a) En la zona Centro, la dispersión de distritos, distancias y problemas de comunicación, unido a la falta de personal en algunos momentos ha podido restar eficacia también en cuanto a la cobertura y la calidad de la intervención.
- b) El Programa ha sido eficaz al dar cobertura en los Distritos con componentes de apoyo en infraestructuras, apoyo al presupuesto, financiación de recursos humanos locales. Esta valoración es con-

sensuada por todos los directores de distrito, responsables de puestos de salud y directores provinciales con quienes se han mantenido entrevistas.

- c) Ha existido una alta rotación de personal expatriado que puede haber dificultado conseguir una mayor eficacia.

En cuanto a alcance de los resultados esperados en infraestructuras, formación, mejora de la atención sanitaria básica (fortaleciendo sus programas y sistemas de información), control de enfermedades infecciosas y educación sanitaria, los resultados de la evaluación indican que:

Esta organización ha conseguido que las instituciones locales beneficiarias recibieran los bienes, infraestructuras y capitales previstos como aportación del Proyecto. Algunas infraestructuras han finalizado con retrasos considerables, fundamentalmente por motivos ajenos tales como desacuerdos institucionales locales en cuanto a propiedad o litigios de terrenos o incumplimiento de compromisos por las empresas constructoras.

Las entrevistas realizadas han permitido valorar que la acción del Proyecto ha favorecido la comunicación e interrelación con los representantes de salud locales, a nivel de Distrito y de Provincia, existiendo una estrecha relación con los Directores de Distrito que valoran el Proyecto de forma muy positiva y necesaria para poder conseguir sus planes. En términos generales se observa un alcance significativo de los resultados esperados en las áreas de fortalecimiento de la atención básica al realizar un esfuerzo significativo en la formación del personal de salud y las mejoras en los sistemas de información.

A nivel distrital, se mantiene una permanente comunicación y relación laboral con los Directores. Dependiendo de la accesibilidad o de la dinámica de trabajo de cada uno, con algunos directores es posible establecer una relación más fluida que permite reflexionar y discutir con mayor amplitud y por tanto, lograr mayor eficacia en cada lugar. Estas relaciones no han sido siempre con la periodicidad deseada, por problemas de comunicación, distancias, calendario o prioridades e imprevistos que retrasan la ejecución de actividades.

Los acuerdos institucionales y convenios celebrados con el Centro de Formación de Pemba han dado resultados positivos y han contribuido a al-

canzar los resultados previstos en cuanto a educación sanitaria. Aunque estos resultados podrían ser mejorables en el sentido de conseguir una mayor coordinación en relación a la planificación de formaciones. En ocasiones esta planificación no ha dado respuesta a las necesidades de formación del mercado de salud.

En términos generales, la gestión del Proyecto ha sido flexible para evitar mayores problemas relacionados con los retrasos y con la contraparte local. También ha gozado de la flexibilidad necesaria para modificar algunas acciones previstas, sobre todo al nivel de infraestructuras.

Se ha descrito como principal sector de población vulnerable a la mujer y a la infancia y por ello se han impulsado programas como el de maternidad segura. No obstante, el enfoque de género del Proyecto debe ser tenido en cuenta estratégicamente y no sólo como asistencia en salud.

En términos globales aunque de difícil medición, el Proyecto ha contribuido a la reducción de pobreza si se valora la contribución a la mejora de la salud en los distritos donde interviene. No obstante, esta apreciación lógicamente es muy general dadas las condiciones y otros factores externos (comunicaciones, calidad de la educación, deficiente agricultura, ausencia de otras alternativas de trabajo y fuentes de generación de ingresos, etc).

Medicos del Mundo

Se realizaron estudios de terreno y evaluaciones necesarias para asegurar la correcta ejecución de la intervención, disponiéndose de información actualizada y un buen conocimiento del contexto en el que se está desarrollando la acción. La entidad dispone de una infraestructura en Cabo Delgado plenamente operativa, del equipamiento necesario para desarrollar el proyecto, así como de personal expatriado y local.

Durante el proyecto se procedió a la construcción, rehabilitación y dotación de infraestructuras de salud de los cuatros distritos conforme a las directrices del plan de recuperación del sector de salud de la región y el Plan de desarrollo de las infraestructuras sanitarias de la provincia de Cabo Delgado. El alcance de este

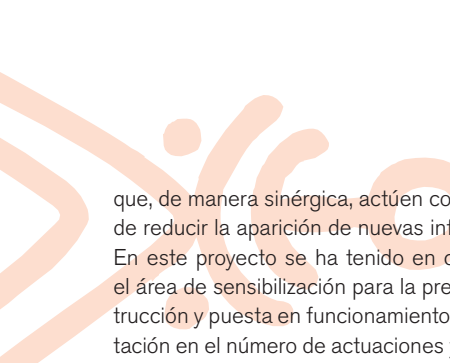
objetivo fue muy alto, aunque con una gran desviación respecto a lo planteado al comienzo del proyecto por diversas razones (los condicionantes climatológicos que dificultan el acceso a la región y retrasaron la ejecución de las obras y su equipamiento). Se alcanzaron y se llevaron a cabo la mayor parte de las actividades planteadas aunque tuvieron que revisarse en muchas ocasiones y precisaron una constante evaluación a fin de modificar el desarrollo del proyecto.

En general, la contraparte local, la DPS, puede participar en la supervisión del proceso de contratación y recibe la obra. La experiencia de la entidad con la participación de la DPS en la contratación de obras no ha estado exenta de dificultades para ambas partes. Al nivel provincial han surgido algunas críticas relacionadas con las diferencias de opinión entre la dirección provincial y las ONGDs sobre los procesos de contratación de obras. Estas diferencias, basadas en la falta de transparencia de estos procesos al nivel provincial y en la experiencia de algunas de esta ONGs en la utilización previa de estos mecanismos gubernamentales para la construcción de infraestructuras financiadas por ellas y que han sufrido retrasos importantes, les ha llevado a tomar medidas alternativas y desarrollar otros instrumentos que garanticen el cumplimiento de los objetivos de su programa y por lo tanto su futuro en la región. Aunque estas decisiones les alejan de su integración en los mecanismos operativos del sistema de salud, cabe mencionar que ha existido un esfuerzo por parte de MdM de integrar a la DPS en el proceso de contratación y construcción pero la respuesta no ha sido positiva.

En términos generales, la gestión del Proyecto ha sido flexible y se ha adaptado a los cambios y necesidades externas. También se ha adaptado a las dificultades del funcionamiento de la DPS, creando, junto con otras ONGDs, un contrato tipo para la licitación pública de obras y evitando así tener que utilizar los mecanismos marcados por el gobierno para este tipo de proceso.

El personal sanitario recibió formación continuada según un plan de formación consensuado con la DPS. No obstante, los informes de seguimiento revelan una débil respuesta tanto a la formación en el puesto de trabajo como en el acompañamiento recibido.

La lucha contra el SIDA requiere de la implementación, desde diferentes frentes, de un conjunto de acciones



que, de manera sinérgica, actúen con el único objetivo de reducir la aparición de nuevas infecciones por VIH. En este proyecto se ha tenido en consideración sólo el área de sensibilización para la prevención y la construcción y puesta en funcionamiento del GATV. La limitación en el número de actuaciones y la corta duración del proyecto no han permitido alcanzar el objetivo de promover la salud en el área del VIH/SIDA.

Con respecto a la participación de los actores, se identificó una débil participación del Núcleo Provincial de Lucha contra el Sida, así como limitaciones para proceder de forma coordinada con otras ONGs que actúan en el terreno al no existir mecanismos formales de coordinación. Con respecto al GATV, la relación con la cooperación francesa, cofinanciadora de la actividad, ha sido valorada como útil y positiva por ambas partes.

En cuanto al funcionamiento del GATV, se constata una excesiva intervención de la entidad, tanto en el material utilizado (provisión de tests rápidos y material educativo) como en la recogida de datos y envío de los mismos al MISAU.

Con respecto a la mejora de la capacidad asistencial, de planificación y de gestión de los cuatro distritos sanitarios, los servicios de Atención Primaria no se han mejorado debido a un factor externo no previsto de falta de financiación regular por parte del Estado, ocasionando que parte del presupuesto del proyecto se dirigiese a realizar apoyo presupuestario, constituyendo en algunos momentos la única fuente de financiación. La entidad participó en los ejercicios de planificación y gestión de recursos de los cuatro distritos sanitarios conjuntamente con la Dirección Provincial y las Direcciones Distritales de Salud.

CIC

En alguno de los proyectos que constituyen este programa, se plantean objetivos que exceden las competencias del PNC y, por tanto, las actividades necesarias para alcanzar estos objetivos han tenido un bajo nivel de ejecución, debido, según CIC, a la debilidad y falta de apoyo de la DNS-DAM.

La rehabilitación del hospital provincial de Pemba, propuesta en el proyecto del CIC se completó en toda su totalidad en el periodo 2001-2002 (rehabilitación con-

centrada en sistemas de abastecimiento, almacenaje y drenaje de agua y pintura). En este componente, destaca como motivo del atraso de la rehabilitación la falta de abastecimiento en el mercado local de ciertos materiales. Para la fiscalización de esta rehabilitación el CIC contrató a una empresa consultora (Consultec). En este proyecto colaboró la cooperación francesa subvencionando la instalación eléctrica. La experiencia de colaboración entre las tres partes fue buena.

El proyecto tiene en su haber un programa de formación muy bien diseñado, ajustado a la realidad de Mozambique y un material didáctico de primera calidad realizado por los diferentes colaboradores contratados.

La eficacia de alguno de los proyectos evaluados se ha visto mermada por la evolución negativa de contextos como cambios institucionales y de políticas públicas. En este sentido, los cambios acontecidos para dar mayor realce y protagonismo a el DAM producidos en octubre de 2003. Estos cambios, vinculados, entre otras cosas, a la estrategia para el aumento gradual de Cuidados y Tratamiento a los enfermos con VIH/SIDA 2004-2008, supusieron un fortalecimiento de los hospitales que entrarían a formar parte de la denominada red integrada, es decir, aquellos que serían reforzados en recursos humanos y técnicos para iniciar el tratamiento de pacientes con antirretrovirales. Esta situación hizo que no se estimulara, dinamizara e impulsara suficientemente el programa de formación en cirugía y técnicas diagnósticas que contenían algunos de los proyectos evaluados.

Las entrevistas realizadas han permitido valorar que, mayoritariamente, las instituciones beneficiarias han recibido los equipos, y las actividades de formación establecidas en el programa. Los acuerdos institucionales con el DAM han dado resultados positivos aunque mejorables en el sentido de mayor coordinación de cara a la planificación de formaciones. El DAM valora muy positivamente el trabajo realizado, la ayuda que les ofrecen y la asesoría técnica que proporciona a esta dirección.

Fundació Clínica

El programa genera una dinámica considerable en los ámbitos de actuación gracias a la sinergia que se produce entre asistencia técnica, formación e investigación. El primer efecto importante es el aumento sostenido, progresivo y continuo de la aceptación de

los servicios de salud por parte de la población resultado del incremento de la calidad asistencial, de la formación del personal local y de la mejora de la gestión de los servicios.

El objetivo de establecer las estructuras de formación y personal que permitan realizar los estudios de la evaluación de la vacuna, se ha cumplido con creces. En el aspecto constitutivo de centro de investigación, se ha logrado establecer un programa de formación de investigadores y técnicos que permiten el desarrollo del proyecto y el crecimiento de la capacidad investigadora en ciencias de la salud de Mozambique.

Todos los estudios cuentan con el conocimiento previo de las comunidades y son autorizados por los comités éticos locales que aseguran, entre otros aspectos, la adecuación de las actividades planificadas a las condiciones de vida de las comunidades.

El objetivo de proceder a la correcta evaluación de la vacuna contra la malaria se está siendo alcanzando tal y como lo demuestra la última publicación de la revista Lancet sobre la eficacia de la vacuna RTS, S/AS02A contra la infección por *Plasmodium falciparum*.

La eficacia con respecto a la claridad y pertinencia en la definición de objetivos y desarrollo de indicadores así como en el logro de los objetivos planteados por el proyecto, en las áreas de asistencia, formación e investigación es alta.

1.3. Eficiencia

Se ha evaluado el logro de los resultados en relación con los recursos utilizados, analizando entre otros aspectos, los siguientes:

- El coste del proyecto respecto a las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos.
- El funcionamiento de los mecanismos de co-financiación y co-gestión de los programas y proyectos.
- La calidad de la documentación de formulación y seguimiento.
- La capacidad de aprovechar recursos y estructuras ya existentes.

Medicos Mundi

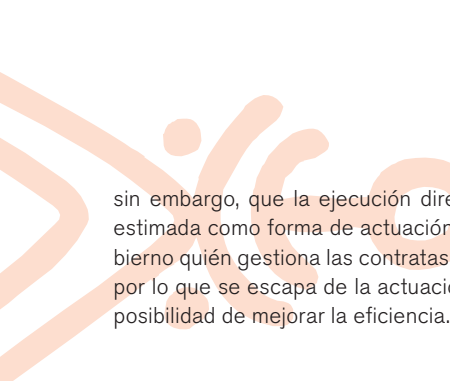
A nivel general, puede afirmarse que la gestión diaria del Programa ha sido satisfactoria dado el volumen de trabajo al que debe hacer frente. No obstante los problemas derivados de la ausencia temporal de personal expatriado, los retrasos mencionados en las construcciones de infraestructuras o en otras actividades (por la falta de cumplimiento de los compromisos de la contraparte), ha hecho que en algunos períodos la gestión diaria se haya visto afectada por el menor nivel de planificación y de respuesta inmediata a la hora de materializar las actividades.

El tiempo invertido en desplazamientos por el personal técnico es, en ocasiones, muy elevado a causa de la lejanía de los puntos de acción y por la extensión y la dispersión de la intervención. Consecuentemente los costes de combustible y la repercusión correspondiente a medios de automoción por unidad de inversión o servicio prestado son elevados. La dispersión sectorial y geográfica implica no contar con personal suficientemente cualificados en cada aspecto de las acciones desarrolladas y no cubrir suficientemente las áreas geográficas para llevar a cabo las acciones con más eficiencia. Esta situación puede llevar a plantear una reducción de actividad en determinadas tareas como respuesta a la sobrecarga de trabajo. El acompañamiento y seguimiento, aunque reconocido y valorado, podría haber sido superior.

Se ha detectado una necesidad de mayor coordinación en Cabo Delgado, donde hay dos zonas de trabajo pero la ciudad de referencia es Pemba (fuera de la zona de trabajo) y muchas veces se realizan gestiones de permisos, constructoras, compras, que podrían hacerse para ambas zonas a la vez y aprovechar los vehículos del Proyecto, disminuyendo costes, para la movilización de técnicos y coordinación de viajes. En este caso cabe plantearse una estructura de coordinación más estable desde Pemba.

Las instituciones locales (Dirección Provincial, Distrito) no siempre han aportado lo previsto o en la fecha necesaria; esto ha provocado retrasos, pero en general, el Proyecto ha sido capaz de manejar esos aspectos.

Por otra parte, se ha señalado que la gestión de la línea de acción de infraestructuras podía haber optimizado recursos mediante mecanismos como la ejecución directa por parte de la ONGD. Cabe señalar,



sin embargo, que la ejecución directa ha sido desestimada como forma de actuación ya que es el Gobierno quién gestiona las contrataciones y la construcción, por lo que se escapa de la actuación de la ONGD la posibilidad de mejorar la eficiencia.

Medicos del Mundo

La AECI financia el 90% del coste total de este programa. La actividad de construcción y rehabilitación ha demostrado un alto grado de eficiencia atendiendo a los indicadores establecidos. La gestión de las obras fue realizada con alta profesionalidad y el proceso de planificación de los espacios o las reformas realizadas fueron consensuadas con las estructuras sanitarias locales, lo que permitió adecuar las necesidades y exigencias de estas estructuras con las mejores soluciones técnicas. Los plazos de ejecución de obra y entrega sufrieron ciertos retrasos debidos a factores externos a la ONGD. Los beneficios sobre la población usuaria de los centros de salud rehabilitados o ampliados justifican la inversión realizada.

MdM, junto con MM y Solidarmed, ha redactado un 'contrato tipo' como instrumento de ayuda en la realización de obras y mejora de la eficiencia.

El control presupuestario de las actividades de formación ha hecho posible la realización de las actividades de la forma más económica posible. En la formación, los formadores han sido en lo posible, personal de las propias estructuras de salud de la provincia. En la selección de los beneficiarios de la formación, se incluyó a todo el personal, desde el personal de la limpieza hasta los responsables de las unidades sanitarias. Asimismo, se priorizó el acceso a la formación de personal que en muchos casos no tenía acceso y se excluyó a otro personal que no estaba directamente relacionado con el tema objeto de la formación, pero que, debido a las dietas estaban en principio interesados en asistir. No obstante, los profesionales que acudieron a seminarios de formación continua en el Departamento de Formación de Pemba, realizados habitualmente en sábados y domingos, refieren problemas relacionados con las dietas recibidas de la entidad, inferiores a las ofrecidas por la DPS (200.000 meticais frente a 487.000 meticais).

El coste de las actividades de formación es bajo aunque los efectos sobre el resultado no han sido excesivamente altos.

Con respecto a las actividades de sensibilización sobre el VIH/SIDA, éstas fueron ejecutadas con personal local, aprovechando las capacidades de grupos de teatro locales y charlas, e involucrando en ellas al personal del GATV. Los medios de comunicación utilizados son: TV, radio, carteles en la calle, obras de teatro y charlas en lugares clave. La participación en el proyecto de personal de la entidad 'Payasos sin Fronteras', ha supuesto una actividad innovadora. Con relación al GATV, la estructura fue creada según las indicaciones marcadas por el MISAU y funciona adecuadamente.

Las acciones de asistencia y acompañamiento a las Direcciones Distritales de Salud, inclusive el apoyo presupuestario se han gestionado de manera adecuada y eficiente, cumpliendo con los desembolsos presupuestarios planificados. La planificación ha sido realizada de forma conjunta con la DPS.

En relación al apoyo presupuestario que realizan a los distritos y considerando como beneficios las acciones que se pagan con las partidas que cubren estos fondos (principalmente combustible y alimentación para los pacientes internados), se podría hablar de una relación coste-beneficio positiva, ya que en muchos casos, sobre todo en la segunda mitad del año, no existe otra fuente de financiación más que la que ofrece MdM, puesto que los fondos del Estado llegan tarde o no llegan.

CIC

El principal problema identificado con el proyecto Rehabilitación Funcional del Hospital Provincial de Cabo Delgado está relacionado con la eficiencia, ya que la rehabilitación fue más larga y costosa de lo planificado. No obstante, la ausencia de interlocutor (director del hospital de Pemba) durante más de seis meses escapó al control de la entidad.

En el proyecto de 'Mejora de la Capacidad Funcional de los Hospitales Rurales de Mozambique' se han detectado algunos problemas que han disminuido su eficiencia. En primer lugar resaltan los problemas relacionados con la compra e importación de equipos médicos. Se ejecutó la practica totalidad de compras pero sin haber tenido en cuenta los recursos financieros del MISAU para pagar las tasas de

importación tal y como se había comprometido. Los equipos llegaron al país a finales de año, pero el MISAU, durante el primer trimestre del año no dispuso de liquidez presupuestaria para hacer frente al pago de las tasas de importación. Por otro lado, también se han identificado problemas en la ejecución de cursos de formación locales en los hospitales rurales al ser poco productivos y de alto coste.

No obstante, medido en el contexto local cabe señalar que el resultado del programa es muy notable y, por ejemplo, con respecto a la realización de infraestructuras sanitarias, el trabajo de la entidad es contemplado como una garantía de su ejecución.

Fundació Clínic

La especificidad del proyecto de la Fundació Clínic implica una dificultad a priori en la evaluación de la eficiencia del uso de los recursos. No existe un modelo de referencia al cual se pueda acudir para establecer algún tipo de comparación en el uso y gestión de los mismos. Sin embargo, el desarrollo de los tres componentes del proyecto, formación, asistencia e investigación permite ofrecer una estructura útil al entorno del país, sin la cual sería difícil mantener el nivel investigador en el país y desarrollar la formación de alto nivel del personal médico.

Las actuaciones en salud materna son altamente coste-efectivas, puesto que con inversiones relativamente bajas en tecnología y formación y se logran resultados muy positivos y con un gran impacto.

El proyecto ha desarrollado una infraestructura potente necesaria para una correcta evaluación de nuevas vacunas, mediante ensayos de campo controlados, aleatorizados, y doble ciego con placebo, que exigen una estricta identificación y seguimiento de las poblaciones en estudio. El inicio de investigaciones de gran trascendencia para la salud pública como lo es disponer de una vacuna contra la malaria y los resultados obtenidos hasta la actualidad (vacuna efectiva contra la malaria como la RTS, S/AS02A) justifican los elevados costes del centro y una eficiencia inmediata alta. Esta eficiencia puede llegar a ser incluso mayor si se toma en consideración la oportunidad que supone para el centro mantener una herramienta que le permite integrarse en la red internacional de laboratorios poblacionales (INDEPTH).

1.4 Impacto

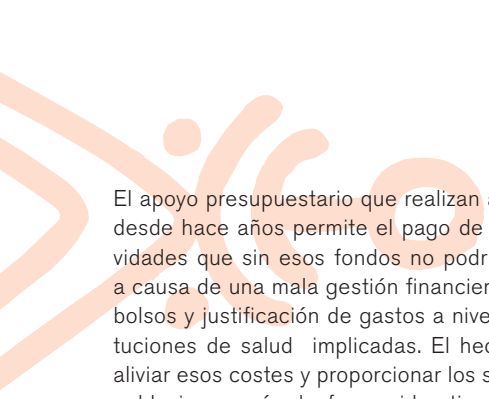
El impacto de los proyectos evaluados se analizó mediante el análisis de sus características con relación a:

- Los efectos de la Cooperación Española en el desarrollo institucional del sistema nacional de salud.
- El grado de inserción de los proyectos en el sistema nacional de salud.
- La aportación específica de la Cooperación Española al sistema sanitario de Mozambique.
- El nivel de contribución a la formación y creación de capacidades.
- El grado de cobertura de los proyectos - población a la que están dirigidos. En el caso de Cabo Delgado, impacto en el desarrollo de la infraestructura sanitaria de toda la región.
- La imbricación de la Cooperación Española en salud con el resto de los donantes.

Medicos Mundi

De todas las intervenciones del Proyecto, las acciones que han supuesto el mayor impacto son las de construcción de infraestructuras y equipamiento así como las de apoyo al presupuesto y a la financiación temporal de recursos humanos. Estas acciones han supuesto un incentivo para las Direcciones Provinciales y Distritales así como un elemento de dinamización de la capacidad local para resolver problemas mediante fórmulas de cooperación. Otro ejemplo de un impacto limitado pero positivo que puede lograr el Proyecto es el de amortiguar las deficiencias en el sector y aliviar sus consecuencias. En ese sentido, las mejoras o rehabilitaciones en los centros de salud, hospitales, sistemas de agua potable, placas solares, radios, letrinas, son las que mayor capacidad de vertebración tienen, pero para ello es preciso avanzar en la consolidación de ese esfuerzo apoyando el fortalecimiento de los Distritos y centros de salud, en la gestión, planificación y administración, así como en los sistemas de información para que alcancen la sostenibilidad.

El Proyecto ha conseguido un mayor impacto al haber focalizado sus acciones tanto a nivel geográfico como a nivel de beneficiario meta sobre la base de su objetivo general de fortalecimiento de la atención primaria, en un ámbito rural y apoyando la salud comunitaria.



El apoyo presupuestario que realizan a los distritos desde hace años permite el pago de muchas actividades que sin esos fondos no podrían realizarse a causa de una mala gestión financiera, de desembolsos y justificación de gastos a nivel de las instituciones de salud implicadas. El hecho de poder aliviar esos costes y proporcionar los servicios a las poblaciones más desfavorecidas tiene un impacto muy positivo puesto que, en el contexto actual, si no se realizase dicho apoyo, la población no recibiría esos servicios.

Medicos del Mundo

Las acciones que han supuesto el mayor impacto también son las de construcción de infraestructuras y equipamiento así como las de apoyo presupuestario. Sobre las actividades de formación, debido a la débil eficacia de este resultado sobre el objetivo específico, se entiende que su impacto haya sido bajo respecto al objetivo específico.

El impacto de las acciones de sensibilización sobre el VIH/SIDA y del GATV sobre el objetivo general también puede calificarse como bajo, si se tiene en cuenta el bajo nivel de cobertura alcanzado hasta el momento por el GATV de Pemba. No obstante, está previsto que este GATV actúe como base de los GATV satélites en los distritos de la provincia, lo que contribuiría a aumentar la cobertura y por tanto su impacto potencial.

Con respecto a la mejora de la capacidad asistencial, de planificación y de gestión en los distritos sanitarios, al ser baja la eficacia de los resultados para obtener este objetivo, debido a la debilidad presupuestaria de las Direcciones Distritales, el impacto es también muy bajo. Las DDS continúan trabajando de forma precaria, no pudiendo desarrollar acciones tendentes a mejorar su gestión, planificación y atención a las unidades sanitarias de su distrito.

CIC

De todas las intervenciones de este programa del CIC, las acciones que han supuesto un mayor impacto han sido las de rehabilitación de infraestructuras y de suministro de equipamiento pero hay que destacar que este impacto ha sido, en general, bajo. Probablemente debido a una inadecuada formación, distribución y

gestión de los médicos especialistas imprescindible para hacer un mayor uso del equipamiento tecnológico y crear capacidad institucional nacional.

Los proyectos que engloba este programa podrían haber tenido un impacto mayor al realmente alcanzado si el desarrollo institucional del país hubiese estado más avanzado y si no predominase la idea de que la asistencia curativa debe ocupar un lugar secundario respecto a la medicina preventiva. El programa del CIC, hubiese tenido un impacto considerable en la política del MISAU, al dotarlo de una estructura institucional para la coordinación de las actividades de enseñanza y formación necesaria para garantizar el desarrollo de actividades quirúrgicas en el país. No obstante, a pesar de que en el proyecto se elaboraron muchos elementos que suponen un desarrollo e impacto en las instituciones de dirección ministerial, muchos de ellos están en fase de propuestas y el MISAU aún no los ha convertido en políticas de salud.

Fundació Clínic

El impacto inmediato de la intervención se observa en la elevada calidad de la asistencia sanitaria que recibe la población del distrito en el Centro de Salud de Manhiça. En la evaluación realizada en 2001, se comprobaron reducciones significativas en la tasa de mortalidad entre los pacientes tratados y fundamentalmente en campos como la malnutrición, la lucha contra el cólera y el sarampión.

El impacto tecnológico principal ha consistido en el equipamiento del laboratorio de la Fundació Clínic, con el que se ha conseguido un equilibrio razonable entre las necesidades tecnológicas de la asistencia médica de calidad, las necesidades para la formación de personal que incluya una capacidad real de desarrollo y los mínimos exigidos para una investigación rigurosa.

Por otro lado, considerando que el proyecto mantiene un componente claro de asistencia técnica que implica la mejora de la capacidad investigadora del personal médico mozambiqueño y contribución a la formulación de políticas generales de salud pública de Mozambique, la Fundació Clínic ha beneficiado a un conjunto de profesionales relacionados con las instituciones involucradas como contrapartes, tales como la Dirección General de Salud, el Instituto Na-

cional de Salud y la Facultad de Medicina, así como ha permitido ampliar la base de discusión sobre las políticas de salud relacionadas con la investigación producida. Sin embargo, el impacto de la asistencia técnica desarrollada no ha sido suficiente debido a la debilidad institucional del sector salud en Mozambique, lo que no ha permitido aprovechar, en su conjunto, las fortalezas de la Fundació Clínica.

1.5. Sostenibilidad o Viabilidad

Se ha analizado entre otros aspectos:

- El grado de participación e implicación de las instituciones contraparte.
- La capacidad de gestión de las instituciones contraparte.
- El nivel de coordinación entre las autoridades competentes.

Medicos Mundi

El Proyecto siempre ha pretendido complementar, no sustituir, al sistema de salud precisamente para que sea sostenible y no se genere dependencia. La evaluación ha subrayado la necesidad de avanzar en la consolidación de ese esfuerzo y de apoyar el fortalecimiento de las Direcciones Provinciales y Distritales. Los beneficiarios muchas veces no tienen la capacidad necesaria para el mantenimiento de las infraestructuras, por lo que, de no tomarse medidas adecuadas, a medio plazo estarán arruinadas.

Ante esta previsible situación, MM ha priorizado para el Programa 2004-2007 potenciar unidades de mantenimiento no solo para infraestructuras sino también para la reparación de equipos.

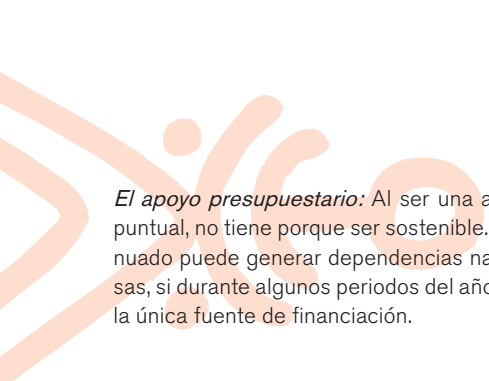
Con objeto de examinar diferentes aspectos, se presentan los distintos factores de desarrollo en relación con la viabilidad del Proyecto.

Políticas de Apoyo y Aspectos Institucionales: la prioridad de la Atención Primaria en Salud es un sector central del Plan Director de Cooperación Española (2000-2004). El Proyecto se plantea como contribución a las políticas de asistencia emprendidas por el Ministerio de Salud en Mozambique. También se quiere apoyar procesos de descentralización.

La evaluación ha constatado que las prioridades de las instituciones (MISAU) y, en particular, las de las Direcciones Provinciales son compatibles con los objetivos del Programa. Para la siguiente fase del Programa (2004-2007), la identificación se ha realizado en base a los planes provinciales de salud y la Dirección Provincial, en principio, se ha comprometido a mantener su apoyo a la buena ejecución del Programa y facilitar su realización trabajando coordinadamente. En cuanto a las instituciones locales, el Proyecto, que goza de una credibilidad en cuanto a la ejecución de sus acciones, debe procurar aportar un fortalecimiento institucional "real" de éstas a fin de que se alcance un mayor nivel de representatividad, descentralización y protagonismos por su parte. Actualmente las capacidades de gestión de las instituciones de salud a nivel de distrito son muy limitadas así como su capacidad de negociación con los niveles provinciales, ya que no existe relación ninguna con el nivel central.

Factores Socioculturales e Igualdad de Oportunidades: en relación a la viabilidad y el desarrollo del sector salud en el ámbito rural es necesario valorar la situación de la sociedad rural, las relaciones socioculturales en la población, el rol que tienen los hombres y las mujeres (éstas generalmente con mayor carga de trabajo y con peores condiciones de vida), las interconexiones con la ciudad, la migración, etc. El Proyecto ha tratado de integrar estos factores en sus planteamientos pero con grandes problemas a la hora de desarrollar un trabajo en condiciones. Se han realizado acciones con mujeres, cursos con parteras tradicionales, algunas acciones con comités de mujeres, pero no se han aplicado suficientemente enfoques de género ni socio-culturales al conjunto del Proyecto.

Factores financieros y económicos: Al ser un proyecto de atención sanitaria, dependiente finalmente del presupuesto del estado, no se han elaborado estudios económicos de factibilidad que permitan asegurar su viabilidad. Otra de las mayores dificultades para garantizar la viabilidad consiste en la obtención continua de recursos para el funcionamiento y el mantenimiento de las acciones financiadas con la ayuda externa. Se debe profundizar en la capacitación de los agentes locales en administración, planificación y gestión, para, por ejemplo, tener la capacidad suficiente para hacer informes de justificación del presupuesto que el Estado asigna a los centros o Distritos.



El apoyo presupuestario: Al ser una acción de tipo puntual, no tiene porque ser sostenible. Su uso continuado puede generar dependencias nada beneficiosas, si durante algunos periodos del año, representan la única fuente de financiación.

Medicos del Mundo

El hecho que la contraparte oficial del proyecto sea el MISAU, representado por la DPS, así como el hecho de centrar la intervención en el apoyo al Plan Estratégico de Desarrollo del sector Salud del Ministerio, favorece la continuidad de los efectos positivos del proyecto más allá de su finalización. La secuencia de las construcciones y rehabilitaciones en este proyecto se ha organizado en función del "Plan Estratégico de Desarrollo para la Provincia" establecido por el MISAU y modificado a finales del año 2000, con lo que responde plenamente a las expectativas de la DPS en cuanto al apoyo que la entidad presta en cuatro distritos. No obstante, las obras de mejora, ampliación o construcción de infraestructuras precisan de un continuo aporte de recursos para realizar su mantenimiento del que las DD carecen, por lo que si no se toman medidas, a medio plazo estas estructuras serán inutilizables.

Las actividades de formación son sostenibles debido a su bajo coste, sin embargo hay que tener en cuenta que su impacto es pequeño.

Las acciones de sensibilización sobre el VIH/SIDA al tener costes bajos no presentan ningún problema de sostenibilidad. El funcionamiento del GATV, depende excesivamente de MDM y de la cooperación francesa (tanto la parte presupuestaria como la de gestión de datos epidemiológicos).

Al igual que con el proyecto de MM, el apoyo presupuestario, al ser una acción de tipo puntual, no tiene porque ser sostenible y su uso continuado puede generar dependencias.

La relación de la entidad con la DPS ha sido poco fluida, aunque, al parecer, con los responsables de las diferentes áreas de la DPS el trato es bueno y la colaboración estrecha, como ocurre con el responsable del GATV, la asesora técnica de la AEI en la DPS y la responsable del Dpto. de Planificación y Cooperación.

La entidad coincide con otras organizaciones de la Provincia en que falta compromiso por parte de la DPS a la hora de resolver temas específicamente sanitarios (brotes epidémicos, gestión de recursos sanitarios,...) y económicos (financiación de los Distritos de Salud), además de no existir reciprocidad en el flujo de información de los Distritos. De la misma manera, con los cuatro Distritos la relación de la entidad ha sido buena y fluida.

CIC

Los beneficiarios del equipamiento aportado en los proyectos evaluados no tienen la capacidad necesaria para realizar el mantenimiento y la reparación de los equipos. El problema de mantenimiento de los equipos se plantea principalmente a nivel del mantenimiento básico practicado por el encargado de mantenimiento del centro de salud y no tanto del mantenimiento preventivo practicado por el utilizador del equipo o el mantenimiento especializado practicado por la casa comercial.

La relación y coordinación de la entidad con el DAM, los directores de hospitales, en general, y con los del hospital de Pemba en particular, ha sido valorada como satisfactoria especialmente por ser resolutive y con mecanismos ágiles y rápidos. Se ha valorado también muy positivamente la posibilidad de discusión de los problemas en el terreno y la gran autonomía que el CIC otorgó al hospital.

Se han identificado problemas de coordinación entre las diferentes estructuras del MISAU y que han repercutido en el proyecto. Estos problemas están relacionados principalmente con la falta de institucionalización del PNC, cambios en las estructuras directivas y redefinición de papeles durante el periodo de ejecución de los proyectos. Además, la coordinación y liderazgo del DAM para dirigir el proceso de equipamiento de la red hospitalaria, según las especificaciones contenidas en el Diploma Ministerial de julio de 2002, aún no ha dado suficientes resultados y el presupuesto que se dedica a los equipamientos todavía es exiguo. Asimismo, tanto el departamento de gestión hospitalaria como el de estadística hospitalaria del Ministerio de Salud no tienen asignados recursos humanos con capacidad.

La inexistencia de coordinadores hospitalarios regionales afectó sensiblemente al desarrollo del proyecto de apoyo al Programa Nacional de Cirugía, cuyo me-

canismo de coordinación fue excesivamente centralizado, limitado al equipo de dirección del DAM y a los asesores del CIC.

La inadecuada pertinencia de algunas de sus acciones también está relacionada con la sostenibilidad del proyecto. Ya se ha mencionado anteriormente que el CIC ha dedicado una parte relativamente importante del presupuesto de alguno de sus proyectos a la compra de equipamientos no necesariamente 'básicos' para los hospitales rurales (citoscopios y fibroscopios). A pesar de que el proyecto pueda considerar que son técnicas necesarias y pertinentes y que deben estar en los hospitales provinciales, la realidad es que al final no son equipos utilizados por falta de personal formado en su uso y probablemente porque a ese nivel existen en este momento otras prioridades más básicas que esperamos cambien en un futuro.

La falta de compromiso de la contraparte en lo que se refiere al mantenimiento y reparación de equipamientos es un problema todavía sin resolver que influye negativamente en la sostenibilidad de las acciones del proyecto.

Fundació Clínic

La visibilidad alcanzada por la Cooperación Española a través de este proyecto es muy importante, la consistencia del apoyo recibido ha sido un factor determinante. La Fundació Clínic aporta una especial presencia, visibilidad y prestigio a la AECl. Las particularidades del programa, la difusión de los resultados obtenidos en foros científicos internacionales y la relevancia de las acciones emprendidas garantizan parcialmente la sostenibilidad del mismo.

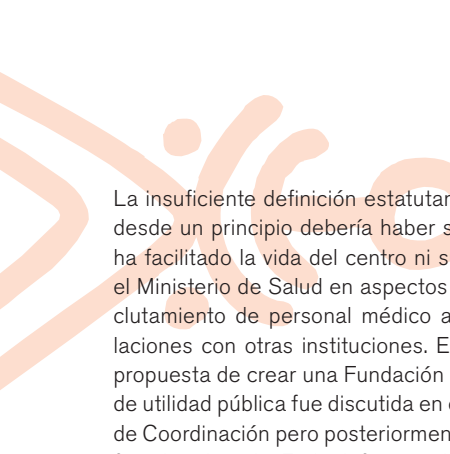
La sólida trayectoria de los cinco últimos años y la capacidad del centro de generar estudios y resultados de alta rigurosidad científica, ha permitido que un número importante de organismos españoles e internacionales hayan aportado fondos para las líneas de actuación del programa.

Desde el momento en que se planteó la primera propuesta de creación de este centro, debía conocerse la dificultad intrínseca de la viabilidad de un centro de estas características, constituido en un país africano con una de las rentas per cápita anuales más

bajas del mundo, dependiente de la ayuda externa internacional y cuyas prioridades distaban del mantenimiento, con recursos propios de este centro de investigación.

Las relaciones institucionales del centro deberían permitir el anclaje del programa en relación a las instituciones nacionales gubernamentales. Actualmente, estas relaciones se basan en compartir objetivos comunes, abordajes metodológicos aceptados y visiones compartidas sobre el futuro con el INS (organismo del Ministerio de Salud con competencias en investigación) y el Programa Nacional sobre la Malaria. Sin embargo, estas relaciones están muy mediatizadas por la indefinición en la estructura jurídica del centro. Sobre el papel, la Fundació Clínic se define como un departamento del INS, sin embargo el INS no participa de forma activa en la dirección del centro, aunque mantiene personal propio destinado en el centro. Por otro lado, si bien la Fundació Clínic ha participado en muchos aspectos relacionados con el desarrollo del Plan Estratégico Nacional sobre la Malaria principalmente aportando información relevante en la adopción de estrategias más efectivas para el control de la malaria, no existe ningún mecanismo que garantice que esta participación sea continua y rutinaria. Además, desde el Programa Nacional sobre la Malaria se percibe como muy relevante la existencia de un centro de referencia como la Fundació Clínic especialmente para la realización de investigación operacional, debiéndose impulsar el desarrollo de esta área de investigación dentro de la Fundació Clínic.

La creación en 1998, de un Comité de Coordinación auguraba el inicio de una estrategia para obtener una definición concreta de la gestión y las funciones de la Fundació Clínic en el entorno del sector salud de Mozambique; punto imprescindible de partida de la continuidad e integración del centro en el entorno. Sin embargo la escasa participación de las autoridades locales en este Comité hace pensar que esta estructura es poco operativa. Por ello, a pesar de que el centro dispone de un Comité de Coordinación que lo estabiliza y debería facilitar su sostenibilidad, es preciso avanzar en formulas jurídicas que ofrezcan una mayor agilidad de gestión y autonomía financiera. En este sentido, la existencia de un Comité Científico Nacional, externo al centro, que asesorara a los representantes gubernamentales que participan en este Comité de Coordinación podría mejorar substancialmente la calidad de esta participación.



La insuficiente definición estatutaria del centro, que desde un principio debería haber sido más clara, no ha facilitado la vida del centro ni sus relaciones con el Ministerio de Salud en aspectos clave como el reclutamiento de personal médico a formar o las relaciones con otras instituciones. En su momento, la propuesta de crear una Fundación privada declarada de utilidad pública fue discutida en el seno de Comité de Coordinación pero posteriormente esta propuesta fue abandonada. En la definición de los mecanismos de gestión, es preciso avanzar sobre si se trata de un centro español en Mozambique o un centro de Mozambique con apoyo español.

En el país no existe una política nacional estructurada de investigación, como tampoco existe un reglamento marco en el cual se pueda desarrollar una investigación que responda a las prioridades del país y garanticen su integración en la toma de decisiones. Sin embargo, a pesar de la baja capacidad investigadora del país a escala nacional, el Programa Nacional sobre la Malaria precisa de un centro de referencia, especialmente para la realización de investigación operacional sobre la malaria y sobre el VIH/SIDA. Este papel de centro de referencia para investigación operativa sobre la malaria, le permitiría una mayor integración en la estructura sanitaria del país.

Algunas actitudes políticas del gobierno anterior sobre esta cuestión levantaron cierta polémica y originaron problemas de comunicación y un distanciamiento con el gobierno mozambiqueño que, obviamente, ve este centro como un centro mozambiqueño apoyado por la cooperación española. Estas cuestiones de ámbito político deben ser abordadas con diplomacia y respetando la soberanía del estado con el que se está colaborando.

Respecto a la construcción y reforma de centros sanitarios, el Ministerio de Salud ha solicitado las actuaciones y ha adquirido el compromiso de dotarlos de personal y gestionarlos adecuadamente.

La capacitación de personal con las competencias necesarias para gestionar administrativa y científicamente la Fundació Clínic y los programas de formación basados en la Fundació Clínic contribuyen a la creación de masa crítica que es requisito fundamental para la transferencia definitiva del centro y, a su vez, en la medida en que se forme personal superior, la transferencia se hará más urgente y se podrá ejecutar.

3.2. Coordinación entre actores

Coordinación entre las ONGD españolas que desarrollan proyectos en Mozambique

No existen mecanismos de coordinación formal. La coordinación entre las ONGD que operan en Maputo capital o en su provincia se realiza principalmente gracias a la colaboración de la OTC, que mantiene reuniones informales con las ONGD cada 3 meses que dan respuesta a sus requerimientos. Esta coordinación ha ido mejorando con el tiempo, probablemente debido a la contratación de recursos técnicos dedicados a tiempo completo al seguimiento de los proyectos en salud. Algunas ONGD se relacionan entre ellas de forma informal, como es el caso de ASIDH, MM y CIC. La Fundació Clínic no mantiene relación con otras ONGD excepto a través de las reuniones con la OTC. Sin embargo, la OTC mantiene contactos informales con todos ellos de forma individual.

A nivel de la provincia de Cabo Delgado y de sus Distritos, la relación de las ONGD es informal pero frecuente, aunque limitada a las distancias en las que operan cada una. Algunas ONGD comparten un “contrato tipo” elaborado entre varias organizaciones en salud, entre las que se encontraban MM, MdM y Solidarmed, para la contratación pública de las infraestructuras que financian. MdM y MMM se reúnen formalmente una vez al mes.

La cooperación autonómica española cofinancia algunos de los proyectos de la CE. No existe coordinación entre proyectos financiados por las CCAA exceptuando la relación entre ellas a través del programa VITA y el contacto que puedan establecer con la OTC.

Coordinación entre ONGD españolas y ONGD internacionales y distritos-provincias

La CE está representada en Cabo Delgado por ONGD y una asistencia técnica. La relación entre las ONGD españolas e internacionales, que operan en esta región, con la Dirección Provincial de Salud de Cabo Delgado es mucho más frecuente que a nivel central puesto que existe una mayor facilidad de acceso. Sin embargo, solo se reúnen formalmente tres veces al año, coincidiendo con las reuniones anuales de planificación integrada. A parte de estas reuniones, la relación que mantienen es bastante informal. Aunque las ONGD han hecho es-

fuerzos para formalizar sus relaciones con la DPS, no se ha conseguido un gran avance puesto que a nivel de dirección no se valora como necesario y no se han apoyado las iniciativas que han surgido en este sentido. Cabe destacar el papel facilitador de la AT financiada por la CE en CD para mantener una buena comunicación y relación entre ONGD y DPS.

La relación entre las ONGD españolas e internacionales que operan en la provincia se realiza a través de los mecanismos anteriormente mencionados y de forma informal puesto que entre ellas mantienen buenas relaciones, además de colaborar en algunos proyectos. Cuando, por ejemplo, las instituciones en salud de la zona solicitan apoyo económico, se coordinan entre ellas para conseguir esos fondos.

En la región de Cabo Delgado, España es el donante principal pero también actúan otras cooperaciones:

- SOLIDARMED (Suiza) lleva 4 ó 5 años trabajando en salud comunitaria y en atención primaria.
- ALISEI (Italiana), en Mozambique tienen varios proyectos y programas, la mayoría de ellos en salud (VIH/SIDA) y en la provincia de Cabo Delgado, concretamente en Mocimboa da Praia.
- PISCAD (proyecto de la Agencia Francesa de Financiación al Desarrollo) desembolsará 14 M de euros en los próximos 4 años en concepto de reducción de la deuda. Los fondos los gestionará una agencia contratada por licitación pública. La CE se coordina principalmente con la cooperación francesa en múltiples actividades.
- UNION EUROPEA, con 2,5 millones de euros, prometió ayudar directamente a las provincias en la región norte de CD que era la que recibía menos financiación, para obras, equipos, instalaciones de agua, pero todavía no ha desembolsado nada.
- UNICEF (tiene un asesor en la DPS adscrito al programa materno-infantil).

- FUNDACIÓN AGA KHAN.
- HELVETAS (Suiza, trabaja en aguas a nivel comunitario).
- CRUZ ROJA.
- PROGRESO, una ONG local.

Todas las ONGD españolas de esta zona se coordinan y colaboran con la Agencia Francesa para el Desarrollo.


Coordinación entre ONGD españolas y ONGD internacionales y MISAU

Todavía no existen mecanismos formales de coordinación entre el MISAU y las ONGD que trabajan en el sector salud. Algunas ONGD españolas pertenecen a NAIMA, una agrupación de ONGD que trabajan en el sector salud. (Ver el papel de las ONGD en el sector salud de Mozambique en el apartado de contexto de país).

En el caso de CIC, éste mantiene una relación más estrecha con el Departamento de Asistencia Médica (DAM) del MISAU al realizar actividades de asesoría técnica para esta dirección.

Coordinación entre Cooperación Española y Cooperación Internacional

en cuanto a las relaciones con la cooperación internacional en general, la cooperación española se ha integrado como observadora en la mayoría de los foros formales e informales de donantes, correspondientes a sus áreas de interés. Con la firma de la adenda al Memorando de Entendimiento PROSAUDE para el Fondo Común Provincial se ha realizado un paso importante en la integración de la cooperación española en el contexto de la cooperación internacional en Mozambique.



4 Conclusiones y enseñanzas obtenidas



4 Conclusiones y enseñanzas obtenidas

1. Conclusiones

En relación a los **proyectos evaluados** cuyos resultados se han expuesto en el apartado anterior, se puede decir que, en términos generales, los proyectos financiados por la AOD y ejecutados por las ONGD españolas en Mozambique gozan de credibilidad en cuanto a la ejecución de sus acciones. Las ONGD han ido mejorando su capacidad técnica e integrándose en los procesos de identificación de necesidades y planificación de actividades de las instituciones sanitarias de Mozambique, principalmente a nivel de provincias y distritos.

Las conclusiones se presentan enmarcadas bajo los criterios de evaluación utilizados y definidos en los TdR:

1.1 Integración y coherencia de las acciones con los planes nacionales y de la CE y relevancia de las acciones financiadas respecto a las necesidades sanitarias del país

A nivel de la provincia de Cabo Delgado, los proyectos financiados por la CE se integran en los programas prioritarios del país y responden a sus necesidades. Las actividades que se llevan a cabo en este lugar se diseñan y planifican conjuntamente con la DPS y los Distritos de acuerdo a sus planes y necesidades y a los programas y presupuestos de estas ONGD.

La atención primaria, el SIDA y la malaria son áreas prioritarias en la estrategia del país tanto para la CE como para el gobierno de Mozambique. Por lo tanto, los proyectos de MM, MdM y Fundació Clínic se adecuan a las necesidades de la población, a los objetivos de desarrollo en salud a nivel nacional y a las prioridades de la cooperación española definidas en su plan director (durante el periodo 2001-2004) y en su estrategia de sector (2003-2004).

La línea de actuación en VIH/SIDA de **MdM** no encaja adecuadamente en su programa de fortalecimiento de los servicios de salud. En lugar de considerarse como una línea de actuación encaminada a fortalecer los servicios de salud, considerando la complejidad y la magnitud como problema de salud que supone el VIH/SIDA en el país, debería contemplarse como el objetivo de un proyecto en sí mismo. El tratamiento de este tema como un proyecto independiente, permitiría un abordaje del VIH/SIDA más integral, efectivo e intenso.

En el caso de **CIC**, la etapa de identificación de los problemas y necesidades reales realizada en la formulación de los distintos proyectos ejecutados, ha estado fundamentada en la experiencia de los años de trabajo de la entidad en el país y en las relaciones establecidas con el DAM del Ministerio de Salud. Su proyecto de apoyo al Programa Nacional de Cirugía responde a una solicitud del gobierno de Mozambique aprobada en la comisión mixta España-Mozambique en 1998. Los objetivos de su programa de *'Mejora de la Asistencia Quirúrgica y la Capacidad Diagnóstica'*, en los distintos hospitales de la red pública del país, son, en general, pertinentes en relación al contexto, las políticas de desarrollo nacionales y la Cooperación Española en Mozambique. El proyecto recibió escaso apoyo financiero, técnico y logístico por parte del Ministerio de Salud, lo que probablemente ha ocasionado que muchos de los avances alcanzados en este terreno todavía estén en fase de propuestas y no se hayan convertido aún en políticas de salud.

El proyecto de *'Mejora de la Capacidad Funcional de los Hospitales Rurales'* está alineado con las directrices del país (Plan Estratégico del Sector Salud 2000-2005), en él se indica la necesidad de potenciar el sector hospitalario especialmente la necesidad de potenciar la descentralización sanitaria dotando a las unidades periféricas de más medios (materiales y humanos). Su objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica de los hos-

pitales rurales con las técnicas de ecografía responde a las prioridades del país y de la CE de mejorar la salud materno-infantil. Sin embargo algunos de los equipos no están siendo utilizados por una falta de capacidad local para resolver problemas técnicos.

Si se aprueba un presupuesto para la compra del material es necesario asegurarse que este coste va a obtener un beneficio para la población en la que se invierte y tener en cuenta que factores deben controlarse para que se pueda conseguir el resultado esperado.

Sus programas de formación de especialidades responden a las necesidades de formación del país.

Debería cuestionarse si la participación del CIC en la gestión de un crédito FAD para la compra de unidades de esterilización de hospitales y otros bienes -facilitando de esta manera la entrada de España en el mercado mozambiqueño- puede considerarse como una acción coherente y relevante para los planes y necesidades del país. La cooperación española ha de plantearse si este tipo de acciones y el instrumento utilizado para realizarlas son adecuados para ayudar al desarrollo de un país pobre y altamente endeudado.

Todos los proyectos desarrollados en la provincia de Pemba han sido sensibles y demuestran una buena adaptación a los cambios del entorno.

Fundació Clínic

Para el gobierno mozambiqueño y el Ministerio de Salud, el programa Nacional de Malaria está en el grado más alto de prioridad. En la propia Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud organizada por la OMS en México, el pasado mes de noviembre, Mozambique se comprometió, junto con más de 50 países, a invertir al menos el 2% del presupuesto nacional de salud en investigaciones y en el fortalecimiento de la capacidad de investigación, y que al menos el 5% de la ayuda para proyectos y programas del sector de la salud (procedente de los organismos de ayuda para el desarrollo) se destinaría a investigaciones y al fortalecimiento de la capacidad de investigación. La relevancia y utilidad de las aportaciones de la Fundació Clínic se consideran de alto valor para la definición de estrategias del abordaje del problema de la malaria y la adecuación de las pautas de tratamiento. La línea prioritaria de actuación se centra necesariamente en

los grupos más vulnerables, que registran una tasa de exposición a la enfermedad y por tanto de morbi-mortalidad más altos: la población infantil y la de mujeres en edad fértil.

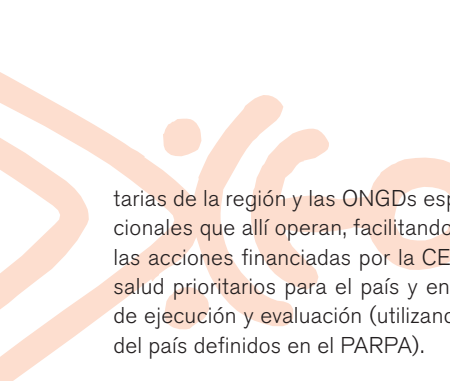
El centro proporciona formación a profesionales mozambiqueños en áreas prioritarias para el avance del sector salud como son la formación de cuadros básicos-medios y altos, formación en administración y gestión así como investigación.

El apoyo proporcionado desde este programa a la formación, en aspectos básicos de la asistencia sanitaria pero también en aspectos científicos, es pertinente y aunque sus resultados se verán a medio y largo plazo es esencial la creación de una masa crítica para ocupar los puestos claves de la política sanitaria del país. Igualmente es importante resaltar que el programa capacita al país para competir con otros países (criterios exigidos por donantes, acceso a plazas de formación académica en instituciones internacionales).

La Fundació Clínic ha mostrado siempre una actitud integradora en el sistema de salud mozambiqueño y se han hecho esfuerzos para que esta integración ocurriera y la Fundació Clínic se convirtiese en un centro de investigación mozambiqueño. Sin embargo, la indefinición en su estructura jurídica, la falta de mecanismos formales de relación con el PNM y la falta de acuerdo político entre los agentes relevantes en la toma de decisiones, así como algunas intervenciones políticas poco acertadas desde el gobierno español, no han facilitado el proceso y tal integración no se ha conseguido. Tras la consultoría contratada por la OTC para valorar qué medidas debían tomarse para garantizar la sostenibilidad del centro, se decidió que una fundación codirigida por el gobierno de Mozambique y una institución privada sería la mejor fórmula. Tras las elecciones se retomará el proceso de negociaciones.

Asistencias Técnicas

Además de los proyectos evaluados, la CE está financiando dos asistencias técnicas para el gobierno de Mozambique; una de ellas en la DPS de CD y la otra en el DAM. La financiación de la asistencia técnica a nivel de la Dirección Provincial de CB ha permitido una mayor coordinación entre las instituciones sani-



tarias de la región y las ONGDs españolas e internacionales que allí operan, facilitando la integración de las acciones financiadas por la CE en los planes de salud prioritarios para el país y en sus mecanismos de ejecución y evaluación (utilizando los indicadores del país definidos en el PARPA).

Estas asistencias técnicas son resultado de la solicitud de colaboración a la CE por parte del gobierno de Mozambique para cubrir aquellas lagunas técnicas que existen a nivel de sus direcciones. Entre la OTC y el gobierno central o provincial se consensuaron y elaboraron los Términos de Referencia intentando que estos se encuadrasen en la estrategia de la cooperación española y diesen respuesta a las necesidades identificadas.

Participación de la CE en el SWAp Salud

Mozambique, y el MISAU en particular, han expresado claramente el deseo de unificar, simplificar y reorientar toda la cooperación externa en el sector a través del mecanismo de SWAP y de los fondos comunes. España está así respondiendo a una aspiración legítima del Gobierno de Mozambique.

1.2 Implicación de las autoridades sanitarias en las acciones

Las autoridades sanitarias de Mozambique están implicadas en todas las acciones financiadas por la CE. En algunos casos la implicación es mayor dependiendo del nivel donde actúen, del área de especialidad, de la región y de su representatividad.

La coordinación entre la cooperación española y las direcciones sanitarias está mucho más formalizada a nivel provincial y distrital que a nivel central, principalmente en los procesos de planificación más que en su ejecución. La relación entre las ONGDs y la Dirección Provincial de Salud de Cabo Delgado es informal aunque se han hecho esfuerzos para formalizarlas pero no se ha conseguido un gran avance puesto que a nivel de la Dirección Provincial no se valora como necesario y no se han apoyado las iniciativas que en este sentido han surgido. Las ONGDs nacionales e internacionales que operan en Cabo Delgado solo se reúnen formalmente con el nivel provincial en las reuniones de planificación in-

tegrada. También se reúnen de manera más informal con la DPS cuando los solicitan y son convocadas por la Asistencia Técnica contratada por la AECl en la DPS de CD.

Sin embargo, a este nivel existe una implicación del gobierno en la formulación y planificación de las actividades realizadas por las ONGs españolas en el lugar, puesto que este ejercicio se realiza conjuntamente. Las evaluaciones también se realizan conjuntamente.

Se observa una débil participación del Núcleo Provincial de Lucha contra el Sida en el proyecto de **MdM**.

En el caso de **CIC**, éste colabora como asesor del DAM y está muy integrado en esta dirección a través de los programas clínicos a los que apoya. Esta dirección es quien solicita la colaboración del CIC y de su apoyo técnico en programas quirúrgicos, formación en las áreas de gestión hospitalaria, creación de protocolos, etc. Aunque este apoyo bien podría realizarse a través de consultorías financiadas por la propia DAM, de acuerdo al presupuesto que recibe del MISAU. Al nivel provincial también se observa una gran implicación de las autoridades de salud, principalmente a nivel del Hospital de Pemba donde la comunicación con el CIC es directa y frecuente y la respuesta de éste rápida y eficiente, de acuerdo a sus posibilidades.

Desde las autoridades sanitarias, tanto el DAM como el Hospital de Pemba y en general desde todas las direcciones, se valora la rapidez de la ayuda española de todas las ONGDs evaluadas y el desembolso inmediato de los fondos, a diferencia de los fondos que llegan a través del nivel central o provincial que están sujetos a procesos altamente burocráticos y por consiguiente a grandes retrasos.

Las relaciones institucionales de la **Fundació Clínic** deberían permitir el anclaje del programa en relación a las instituciones nacionales gubernamentales. Actualmente, estas relaciones se basan en compartir objetivos comunes, abordajes metodológicos aceptados y visiones compartidas sobre el futuro con el INS (organismo del Ministerio de Salud con competencias en investigación) y el Programa Nacional sobre la Malaria. Sin embargo estas relaciones están muy mediatizadas por la indefinición en la estructura jurídica de la Fundació Clínic. Sobre el papel, la Fundació Clínic se define como un departamento del INS, sin

embargo el INS no participa de forma activa en su dirección, aunque mantiene personal propio destinado en el Centro. Por otro lado, si bien la Fundació Clínica ha participado en muchos aspectos relacionados con el desarrollo del Plan Estratégico Nacional sobre la Malaria, principalmente aportando información relevante para la adopción de una estrategia más efectiva en el control de la malaria, no existe ningún mecanismo que garantice que esta participación sea continua y rutinaria.

La implicación de las autoridades sanitarias es completa cuando son ellas las que solicitan una colaboración determinada, como es el caso de las **Asistencias Técnicas**.

1.3. Sinergia, complementariedad o competitividad de acciones entre la CE y con otros donantes. Fortalecimiento institucional y del sistema sanitario

La coordinación entre actores se explica en más detalle en el apartado anterior pero podemos concluir que:

- No existe competitividad de acciones entre las diferentes ONG españolas que operan en la región de CD, ni con otras ONGD internacionales.
- La relación de las ONGD españolas e internacionales que operan en la provincia de CD se realiza de forma informal puesto que entre ellas mantienen buenas relaciones, además de colaborar en algunos proyectos.
- Las ONGD españolas que trabajan en CD operan en diferentes distritos y áreas de actuación. Entre ellas tampoco existen mecanismos de coordinación formal.
- La relación de las ONGD españolas que operan en Maputo y su provincia es ocasional y no está formalizada excepto en las reuniones que realiza NAIMA. La OTC facilita cierta coordinación informal mediante la convocatoria de reuniones periódicas.
- En cuanto a las relaciones con otros donantes bilaterales, la CE se ha integrado como observadora en la mayoría de los foros formales e informales de donantes, correspondientes a sus áreas de interés. La principal coordinación entre la CE y los donantes es a través de la participación en el GT-

SWAp. La firma del Memorando de Entendimiento PROSAUDE para el Fondo Común Provincial ha supuesto un paso importante en la integración de la CE en el contexto de la cooperación internacional en Mozambique y ha permitido que España tenga un papel más relevante en la cooperación internacional en salud en Mozambique al participar en la toma de decisiones. Este nuevo mecanismo de intervención de la CE es altamente valorado por los otros donantes y por el gobierno de Mozambique que hasta ahora veían a la CE poco integrada en el contexto de la ayuda internacional a este país. La relación que la CE mantenía con el gobierno hasta hace 4 ó 5 años era exclusivamente a través de la cooperación mixta. Desde entonces se ha ido mejorando el diálogo con el gobierno a través de encuentros con la OTC y con otros donantes a través de su participación en el GT-SWAp.

Todos los proyectos financiados por la CE en Mozambique contribuyen al **fortalecimiento institucional** del gobierno de Mozambique aunque en diferente medida. Las **Asistencias Técnicas** son valoradas como el mejor mecanismo para fortalecer las capacidades institucionales además de proporcionar un vínculo directo con los mecanismos de actuación de la administración que pueden ayudar a realizar un diagnóstico de sus necesidades y del tipo de colaboración que precisan y que debe financiarse para ir avanzando en la construcción de un sistema de salud capaz y autónomo. Es preciso destacar que conseguir este fortalecimiento a través de las asistencias depende en muchas ocasiones de la capacidad de mantener una buena relación con la contraparte. Si bien este concepto pueda generalizarse a todos los ámbitos de acción, es especialmente importante en este tipo de colaboración.

La creación, rehabilitación y dotación de infraestructuras suponen una mejora de la red sanitaria y un fortalecimiento eficaz de la capacidad de los servicios de salud.

Los proyectos ejecutados por las ONGD tienen un componente de capacitación que contribuye a crear capacidades a los diferentes niveles del sistema, desde los niveles básicos hasta técnicos superiores. Todos los proyectos apoyan el fortalecimiento institucional a través de recursos humanos formados que después son asumidos por el propio Ministerio.

1.4. Grado de cumplimiento de los objetivos. Logro de los resultados con relación a los recursos utilizados y factores que afectan al logro de los mismos

Los resultados indican que la mayoría de las instituciones locales beneficiarias han recibido los bienes, infraestructuras y capitales previstos como aportación del Proyecto. Algunas infraestructuras han finalizado con retrasos considerables, fundamentalmente por motivos ajenos tales como desacuerdos institucionales locales en cuanto a propiedad o litigios de terrenos o incumplimiento de compromisos por parte de las empresas constructoras y dificultades para encontrar materiales a nivel local.

La gestión de los proyectos ha sido flexible para adaptarse a los cambios del entorno modificando algunas acciones previstas, sobre todo a nivel de infraestructuras.

Otros objetivos, como la mejora de la salud de la población y la reducción de la pobreza son difíciles de medir puesto que no dependen exclusivamente de la acción de los proyectos financiados por la CE sino de otros muchos factores asociados al desarrollo. Pero si se puede decir que han conseguido una mejora de la calidad asistencial y de la formación del personal local.

MM ha realizado acciones con mujeres, cursos con parteras tradicionales, algunas acciones con comités de mujeres, pero no se han aplicado suficientemente enfoques de género ni análisis de características socioculturales al conjunto del Proyecto. También habría logrado mayor eficacia si se hubiese mantenido un trabajo más estable con una presencia continuada de cooperantes expatriados.

En la zona centro de Cabo Delgado, la dispersión de distritos, distancias y problemas de comunicación, unido a la falta de personal en algunos momentos ha podido restar eficacia también en cuanto a la cobertura y la calidad de la intervención.

Uno de los problemas mencionados por esta ONGD para alcanzar sus objetivos son los mecanismos de financiación de la CE, según los cuales ésta no puede financiar combustible ni reparaciones. En la zona de Cabo Delgado donde opera MM, el mayor gasto del proyecto es en combustible puesto que su activi-

dad se realiza en tres distritos separados por grandes distancias. Si la CE no se asegura que esta ONGD dispone de estos fondos para financiar el transporte puede correr el riesgo de que esos logros para los que da financiación, no se alcancen por falta de recursos, siendo copartícipe de la falta de eficiencia. Estas ONGD tienen problemas para que otros financiadores acepten financiar exclusivamente esta partida.

En el caso de **MdM**, los informes de seguimiento revelan una débil respuesta tanto a la formación en el puesto de trabajo como en el acompañamiento recibido. La formación de corta duración no permite una asimilación de los contenidos, ni consigue generar cambios importantes en la prestación de servicios. Este proyecto sólo considera, en el área de la lucha contra el SIDA, la sensibilización para la prevención. No obstante, la construcción y corta duración del proyecto no han permitido alcanzar todavía el objetivo de promover la salud en el área del VIH/SIDA.

CIC: las entrevistas realizadas han permitido valorar que, mayoritariamente, las instituciones beneficiarias han recibido los equipos, y se han realizado las actividades de formación establecidas en el programa. Los acuerdos institucionales con el DAM han dado resultados positivos aunque mejorables en el sentido de mayor coordinación de cara a la planificación de formaciones. El DAM valora muy positivamente el trabajo realizado, la ayuda que les ofrecen y la asesoría técnica que proporciona a esta dirección. Sin embargo este tipo de asesorías debería realizarse formalmente, canalizándose a través de la CE.

La **Fundació Clínic** ha conseguido alcanzar sus objetivos de mejora de la calidad asistencial, de la formación del personal local y de la gestión de los servicios. Igualmente ha conseguido alcanzar sus objetivos en establecer las estructuras de formación y personal que permitan realizar los estudios de evaluación de la vacuna contra la malaria y realizar una correcta evaluación de la vacuna. Aunque la eficiencia inmediata del proyecto no sea alta, la inversión realizada es de gran importancia a largo plazo por los beneficios que comporta para la salud pública.

Desde el gobierno de Mozambique las acciones financiadas por la CE son altamente valoradas. A nivel de Cabo Delgado el funcionamiento de los servicios

en determinados periodos depende de la ayuda presupuestaria que realizan las ONGD españolas y algunas otras. A este nivel dependen pues, en gran medida, de estas aportaciones que no consiguen recibir del nivel provincial y/o central.

Las dificultades surgidas en cada uno de los proyectos han limitado su mayor alcance respecto a eficacia y eficiencia. En general, las dificultades más importantes a mencionar que han limitado el alcance de sus objetivos son:

■ *A nivel de Provincias y Distritos:*

- Los débiles mecanismos operativos de la DPS, que han ocasionado retrasos en la ejecución de las obras de infraestructura.
- La limitada capacidad en planificación estratégica, operativa y de ejecución presupuestaria (retrasos en los desembolsos de fondos de contraparte) en la provincia y los distritos, y sus dificultades para cumplir los compromisos y plazos acordados.
- La escasez y baja capacidad de los RRHH, y la alta rotación del personal de salud, unida a frecuentes abandonos de lugar de trabajo incentivados por la asistencia a cursos de formación donde reciben sumas importantes de dinero en concepto de dietas.
- Alta periodicidad de las actividades de carácter continuo/periódico (supervisiones, elaboración de informes, etc.) marcadas por el MISAU y que retrasan el cumplimiento de objetivos.
- Problemas naturales y estructurales que dificultan el acceso a los lugares de acción, unido a la gran dispersión geográfica de las zonas de intervención.
- Brotes epidémicos.

■ *A nivel central:*

- Alta centralización del sistema y limitada capacidad de gestión.
- Asignación de fondos a las provincias poco racional y retrasos en los desembolsos.
- Disminuciones del presupuesto general del estado.
- Alta rotación de los cargos de dirección.
- Plan de formación del MISAU, que ocasiona un abandono de los puestos de trabajo.
- Baja capacidad de los RRHH.

- Baja capacidad institucional para liderar y coordinar.
- Incumplimiento de sus compromisos.

■ *A nivel de Centros de Salud y Hospitales:*

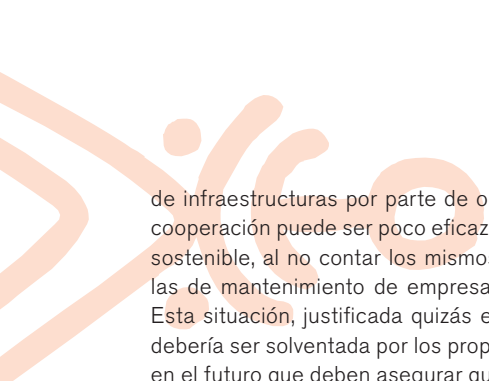
- Desequilibrada distribución geográfica del personal de mayor formación y por categorías de unidades sanitarias.
- Corta "vida media" profesional efectiva del personal especializado, con una formación tardía y una alta tasa de abandonos antes de la edad de la jubilación.
- Capacidades profesionales de los cirujanos y técnicos de cirugía subaprovechadas.
- Poca implicación de los especialistas médicos en cuestiones de índole organizativa y gestión del servicio.
- Mala distribución del personal de enfermería y auxiliar de las salas de hospitalización y de los quirófanos; poca formación continua.
- inexistencia de un sistema jerárquico de análisis y supervisión eficaz, encaminado a la optimización del sistema tanto en cantidad (mejoría de los indicadores estadísticos, rendimiento, número de transferencias, etc.) como de calidad (control de óbitos, disminución de morbi-mortalidad, etc.).
- Pequeña cirugía en las unidades de salud ambulatorias realizada en la mayoría de los casos por personal sin formación quirúrgica específica y sin supervisión.

■ *A nivel de la CE:*

- El desfase temporal de los mecanismos de presupuestación de la CE con los del país dificulta la planificación de las acciones a ejecutar tanto de los distritos como de la DPS. Este no es un problema exclusivo de la Ce sino de todas las cooperaciones.
- La limitación en los instrumentos financieros disponibles a la CE (aunque la reciente contribución a fondos comunes ha abierto nuevas oportunidades).

■ *A nivel de los propios proyectos:*

- Falta de planes de mantenimiento de infraestructuras y equipos. Es bien conocido que la entrega/donación de equipos y el desarrollo



de infraestructuras por parte de organismos de cooperación puede ser poco eficaz, y aún menos sostenible, al no contar los mismos con cláusulas de mantenimiento de empresas nacionales. Esta situación, justificada quizás en sus inicios, debería ser solventada por los propios proyectos en el futuro que deben asegurar que los equipos e infraestructuras cuentan con planes de O&M, y con financiamiento para el mismo.

- Alta rotación de los cooperantes expatriados, lo que muchas veces pone en cuestión la propia eficacia de ciertas intervenciones donde la transferencia de conocimientos al nivel local no ocurre.
- Desproporción entre los (ambiciosos) objetivos definidos para algunos proyectos y los recursos disponibles para los mismos. Ya que los recursos son limitados esta situación denota problemas a nivel de la formulación de los proyectos (alcance de objetivos o claridad sobre el rol de la entidad ejecutora).
- Dificultades de consenso con la contraparte. Por ejemplo en el caso de CIC, éstos tuvieron que solicitar una prórroga de 9 meses y la autorización para la modificación de las partidas presupuestarias por la posición corporativista de la dirección del Departamento de Imagen del Hospital Central de Maputo (contraparte técnica), que bloquearon algunas propuestas (por ejemplo, formación de médicos generales en ecografía).

Evidentemente las empatías personales juegan un papel importante en facilitar o dificultar el avance de cualquier actividad.

Se concluye una mala utilización del Marco Lógico por falta de conocimiento de su uso como instrumento para el diseño, monitoreo y evaluación de proyectos.

1.5. Efectos de los proyectos financiados por la CE en Mozambique

Su impacto está muy vinculado a la mayor pertinencia y coherencia de estos proyectos, la cual contribuye a su integración en el sistema nacional de salud, a una mayor contribución a la formación y creación de capacidades y a un mayor desarrollo institucional.

Las dificultades mencionadas en el apartado anterior para conseguir alcanzar todos los objetivos esperados para cada proyecto, disminuyen simultáneamente el impacto potencial de estos proyectos.

La cooperación entre las autoridades sanitarias y las ONGs tiende a ser mucho mejor a nivel provincial y de distrito que a nivel central. La coordinación y el intercambio de información son mucho más fáciles. Por lo tanto el trabajo realizado a nivel provincial tiene más posibilidades de tener un mayor impacto a nivel de implicación en la planificación, establecimiento de prioridades y evaluación, que al nivel central.

El mayor impacto de los proyectos ha sido a nivel de Infraestructuras y equipamiento. La construcción y rehabilitación ha demostrado un alto grado de eficiencia atendiendo a los indicadores establecidos. Las mejoras o rehabilitaciones en los centros de salud, hospitales, sistemas de agua potable, placas solares, radios, letrinas consiguen un efecto más inmediato y sostenible. Los beneficios sobre la población usuaria de los Centros de Salud rehabilitados o ampliados justifican la inversión realizada.

Los procesos de planificación de los espacios o las reformas realizadas han sido acordadas y consensuadas con las estructuras sanitarias locales, adaptándose a sus necesidades. El plazo de finalización de estas construcciones ha sido siempre mayor al esperado aunque los retrasos se hayan producido por causas externas, vinculadas a problemas institucionales, y no a causa de las ONG.

El impacto de las actividades formativas del proyecto de **MdM** ha sido menor al esperado por la poca eficacia del resultado en relación al objetivo específico. El GATV de Pemba tiene un impacto potencial aunque actualmente no haya alcanzado los niveles óptimos de cobertura.

España ha sido pionera en el **Apoyo Presupuestario** a nivel provincial. Dadas las limitadas capacidades de gestión del gobierno y la escasez de recursos, este tipo de apoyo supone un beneficio inmediato para los receptores de la ayuda. Esta ayuda consigue aliviar las consecuencias de la baja capacidad de las instituciones nacionales en salud para realizar una buena gestión de los recursos y prestar asistencia a las poblaciones más vulnerables y necesitadas, que sin este apoyo no recibirían.

rían muchos servicios de los que disponen actualmente. Además el apoyo presupuestario a nivel de provincias ha significado un incentivo para la DPS y las DDS para mejorar su capacidad de gestión, así como un elemento dinamizador de su capacidad para resolver problemas mediante nuevas fórmulas de cooperación. Por otro lado, este tipo de cooperación puede generar que las DDS tengan una excesiva dependencia de la ayuda presupuestaria que les ofrece la cooperación internacional y acepten la situación sin adoptar una actitud más severa ante la DPS, exigiendo que ésta cumpla los compromisos acordados y en los plazos comprometidos.

El hecho de que los donantes internacionales realicen apoyo presupuestario al nivel central, sin participación de las provincias, contribuye a reforzar este nivel y no incentiva al gobierno a iniciar procesos de mayor descentralización. Por esta razón, el apoyo presupuestario a las provincias y distritos, asegurando una supervisión y control del gasto de esos fondos en acciones prioritarias, a través de personas u organizaciones próximas a la realidad del entorno en el que se opera, facilita la evaluación y monitoreo de los resultados alcanzados y garantiza un mayor impacto de los fondos de la cooperación. Este tipo de acciones pueden generar, por otro lado, altos costes de transacción vinculados a la rendición de cuentas.

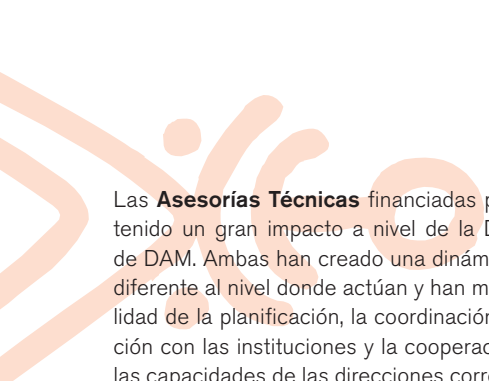
El pago, por parte de las ONGD, de algunos salarios del personal de salud (durante el primer año de contrato) es también altamente valorado por las instituciones sanitarias.

La concentración de las acciones en un área geográfica y su enfoque en un sector concreto del área de salud y en una población objetivo pueden facilitar que el impacto de las acciones sea mayor y más factible su evaluación. Por el contrario, la dispersión sectorial y geográfica puede ocasionar un menor impacto por las dificultades de acceso para dar una cobertura suficiente y la falta de personal bien capacitado en cada aspecto de las acciones a desarrollar. A este problema se añaden los problemas de financiación de la CE, que obliga a las ONGD a conseguir financiadores para la reparación de los vehículos y para combustible, lo que en ocasiones crea limitaciones para la ejecución de las actividades y puede tener un efecto en el impacto que estos proyectos podrían tener.

El impacto de los diferentes proyectos de **CIC** ha estado limitado por múltiples circunstancias, muchas de ellas vinculadas a la capacidad institucional del país que no ha integrado en sus políticas y planes operativos muchas de los productos que el CIC ha generado y que hubiesen supuesto un desarrollo de las instituciones de dirección ministerial (por ejemplo, propuesta de estructura institucional para la coordinación de actividades de enseñanza y formación necesarias para garantizar el desarrollo de actividades quirúrgicas en el país). Desde la perspectiva del MISAU la asistencia curativa debe ocupar un lugar secundario frente a la asistencia preventiva por lo que el DAM es una dirección que dispone de menos recursos y poder y el impacto de las acciones a este nivel es menor. Actualmente, se está trabajando en la reestructuración de esta unidad. El trabajo desarrollado por esta entidad responde más a lo que sería una Consultora de Servicios Técnicos especializados que a una ONG de cooperación al desarrollo. No hay duda de que el país precisa de estos servicios técnicos, pero la modalidad de ayuda a través de proyecto de ONGD no parece la más idónea ya que es responsabilidad del MISAU el desarrollo y la implementación de, por ejemplo, el Programa Nacional de Cirugía.

La falta de RRHH capacitados o la no disponibilidad de los que sí lo están para realizar el mantenimiento de los equipos reduce el impacto de estas actuaciones puesto que estos equipos no pueden ser utilizados. Este problema debe ser considerado en el diseño del estudio para evitar que la financiación de este tipo de acciones sea totalmente ineficiente.

Los logros alcanzados con el proyecto **Fundació Clínic** en relación a la mejora de la calidad asistencial, la formación y la capacidad investigadora del país han sido claramente demostrados. Los beneficios tangibles para la población de Mozambique y de otros países, se producirán en cuanto se pongan en marcha intervenciones de salud pública basadas en los logros del proyecto. Estos logros, cuando se alcancen, no van a beneficiar exclusivamente a la población de Mozambique sino que pueden beneficiar a toda la población de África Subsahariana, donde se produce el 90% de los casos de paludismo, enfermedad que ocasiona un millón de muertes al año en todo el mundo y la muerte de un niño cada 30 segundos (UNICEF).



Las **Asesorías Técnicas** financiadas por la CE han tenido un gran impacto a nivel de la DPS de CD y de DAM. Ambas han creado una dinámica de trabajo diferente al nivel donde actúan y han mejorado la calidad de la planificación, la coordinación y comunicación con las instituciones y la cooperación, así como las capacidades de las direcciones correspondientes.

La nueva estrategia de la cooperación española de participar en el **SWAp** salud supone un avance hacia la integración con otras cooperaciones intencionales y a una mayor armonización de sus políticas con las del gobierno de Mozambique y las de otros donantes. Esta participación permitirá disponer de un mayor conocimiento sobre la situación de la cooperación internacional en el país y disponer de mayor información sobre las actuaciones y planes del MISAU que podrá intercambiarse con los actores de la cooperación española para que sus acciones se orienten mejor a las necesidades del contexto en el que operan y que éstas tengan un mayor impacto.

4.1.6 Sostenibilidad de los proyectos

El problema ya mencionado de la falta de mantenimiento de las infraestructuras y equipos una vez han sido transferidos a las autoridades sanitarias del país, supone una amenaza para la viabilidad de estas acciones financiadas por la CE. Ante esta previsible situación, **MM** ha priorizado para el Programa 2004-2007, potenciar unidades de mantenimiento no solo para infraestructuras sino también para reparación de equipos.

La evaluación ha constatado que las prioridades de las instituciones (MISAU) y, en particular, las de las Direcciones Provinciales son compatibles con los objetivos de los programas de MM y existe un compromiso por parte de la DPS de trabajar coordinadamente y apoyar el programa.

La colaboración estrecha en el diseño, planificación y ejecución de las organizaciones financiadas por la CE y las direcciones de salud del gobierno de Mozambique favorece la continuidad de los proyectos.

En relación a la sostenibilidad de aquellos centros que han sido transferidos al gobierno, ésta depende del presupuesto del estado. La falta de recursos financieros para hacer funcionar y mantener

los centros financiados con la ayuda externa puede amenazar la viabilidad de algunos de los resultados alcanzados. Si el gobierno no dispone de la suficiente capacidad financiera y/o técnica para realizar el mantenimiento de infraestructuras y equipos, estos estarán abandonados o infrutilizados en un plazo corto de tiempo. La situación en Mozambique es que los beneficiarios del equipamiento aportado en los proyectos evaluados no tienen la capacidad necesaria para realizar el mantenimiento y la reparación de los equipos. El problema de mantenimiento de los equipos se plantea principalmente en lo que es el mantenimiento básico practicado por el encargado de mantenimiento del centro de salud y no tanto respecto al mantenimiento preventivo practicado por el utilizador del equipo o el mantenimiento especializado practicado por la casa comercial. En el país no está instalada una cultura de mantenimiento básico, lo que hace que este sea un problema complejo y de difícil solución a corto plazo. Actualmente, en un intento de dar solución a este problema, en el hospital provincial de Pemba, la cooperación francesa paga a un ingeniero de mantenimiento.

Fundació Clínic

A pesar de que el centro dispone de un Comité de Coordinación que lo estabiliza y debería facilitar su sostenibilidad, es preciso avanzar en formulas jurídicas que ofrezcan una mayor agilidad de gestión y autonomía financiera. Así mismo, la existencia de un Comité Científico Nacional, externo al centro, que asesorara a los representantes gubernamentales que participan en este Comité de Coordinación podría mejorar substancialmente la calidad de esta participación. En la definición de los mecanismos de gestión, es preciso avanzar en concretar si se trata de un Centro español en Mozambique o un Centro de Mozambique con el apoyo español.

No es preciso que el Programa Nacional sobre la Malaria tenga una capacidad de investigación como la que tiene la **Fundació Clínic** a escala nacional pero si necesitan un centro de referencia, especialmente para la realización de investigación operacional y parece que esta área podría estar más desarrollada dentro de la Fundació Clínic por su impacto en la toma de decisiones. El MISAU podría invertir más si la Fundació Clínic demostrara que está en condiciones de realizar investigación operativa.

Todo indica, que la viabilidad de la Fundació Clínica estaría razonablemente asegurada mientras perdure la visión y voluntad políticas de abordar de un modo decisivo los problemas prioritarios de la salud bajo las perspectivas de la asistencia técnica, la formación y la investigación.

El **apoyo presupuestario** provincial no es ninguna garantía de sostenibilidad de los proyectos y puede generar dependencias negativas a nivel de las DDSs, cuyos directores son poco reactivos a la falta de compromiso de la DPS.

Los problemas de relación personal entre personal expatriado y personal local a nivel de las direcciones de salud pueden influir en el grado de implicación de las instituciones con el proyecto y por lo tanto en su integración en el sistema de salud. Sin embargo, estos problemas van a ser poco evitables si no existe un compromiso por ambas partes y una confianza mutua.

La CE ha adquirido gran visibilidad con la financiación del centro de Manhiça. Inicialmente financiaba un 70-80% de los costes y actualmente solo un 30%, destinado al funcionamiento del centro. El centro es de gran interés para el gobierno mozambiqueño por los beneficios que puede suponer para la salud de su población y de muchas otras y se está negociando con ellos cual es la fórmula más conveniente para que el centro pase a ser de titularidad mozambiqueña.

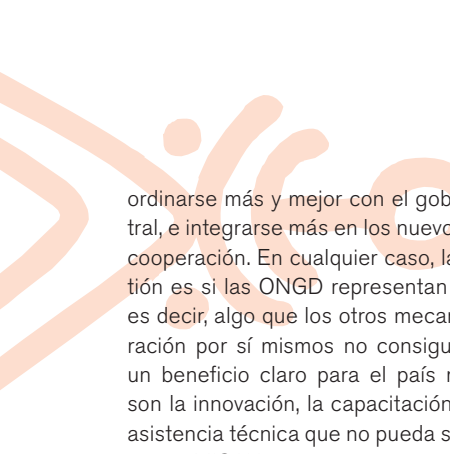
Las **asistencias técnicas** financiadas por la CE tienen sostenibilidad siempre y cuando estén aportando aquellas áreas de conocimiento de las que carece el sistema y capacitando al personal en el lugar de trabajo mediante la transferencia de estos conocimientos. Y siempre que sean solicitadas por el gobierno de acuerdo a sus planes y prioridades.

La **aportación de fondos de la CE al FCP** durante los próximos 4 años es el primer paso dado por España hacia la armonización de su cooperación al desarrollo con las de los países receptores y la CI. La firma de este memorando permitirá una participación más activa de la CE, a través de la OTC, así como una mayor vinculación con otros donantes. Además de permitir un mayor acceso a la información del gobierno y el intercambio de información con los donantes.

La integración en el SWAp salud permitirá también la revisión conjunta del sector salud y su evaluación utilizando los indicadores definidos por el gobierno y por lo tanto le permitirá medir los resultados obtenidos con desembolsos de la CE.

No es fácil contestar a la pregunta sobre las ventajas de que España contribuya al SWAP en vez de continuar financiando, como lo ha estado haciendo, proyectos implementados por ONGD pero vale la pena hacer las siguientes consideraciones:

- Es importante para España estar presente en todas las iniciativas de desarrollo que tienen lugar en Mozambique, incluido el SWAP y su mecanismo de financiamiento por fondos comunes, una iniciativa totalmente nueva para la CE. Dicha participación aumentará la visibilidad de nuestra CE, la situará entre las cooperaciones más avanzadas y le permitirá aprender de ellas, y permitirá una valoración de su impacto en el futuro. Todo ello es bueno para la CE y para Mozambique.
- Mozambique, y el MISAU en particular, han expresado claramente el deseo de unificar, simplificar y reorientar toda la cooperación externa en el sector a través del mecanismo de SWAP y de los fondos comunes. España está así respondiendo a una aspiración legítima del Gobierno de Mozambique.
- Casi todas las cooperaciones complementan su financiamiento por fondos comunes al sector salud con otros instrumentos financieros, por lo que no hay porqué excluir de la futura CE otras formas de financiamiento, sea por apoyo presupuestario directo (que de momento España no presta) o bien a través de otros organismos como las ONGD.
- Lo que sí debe evitarse, dado el monto total limitado de la CE en Mozambique es dispersar en exceso los recursos (con el consiguiente aumento de los costes administrativos de la CE para realizar el seguimiento y evaluación de los mismos), o adoptar mecanismos e instrumentos que el propio gobierno considera poco adecuados tales como el financiamiento vertical de programas o la implementación de proyectos que no sean diseñados, ejecutados y financiados desde los propios estamentos del MISAU.
- Todos estos cambios en el contexto de la cooperación internacional van a afectar a las ONGD que trabajan en el sector salud, que van a tener que co-



ordinarse más y mejor con el gobierno a nivel central, e integrarse más en los nuevos mecanismos de cooperación. En cualquier caso, la verdadera cuestión es si las ONGD representan un valor añadido, es decir, algo que los otros mecanismos de cooperación por sí mismos no consiguen y que supone un beneficio claro para el país receptor, como lo son la innovación, la capacitación o la provisión de asistencia técnica que no pueda ser prestada por el propio MISAU.

- La implementación del SWAp salud en Mozambique va a afectar a medio – largo plazo a la sostenibilidad de las ONGD nacionales e internacionales que operan en el sector. La tendencia de los donantes es a desviar cada vez más fondos hacia los mecanismos comunes de financiación. La principal repercusión que para las ONGD del sector salud van a significar estos cambios será un aumento de la contratación de ONGD a través de los fondos comunes para actividades en el área de VIH/SIDA y que a medida que los fondos de los donantes se vayan desviando a apoyar los fondos comunes, existirán menos fondos para financiar ONGD. Por lo tanto, las ONGD se van a ver obligadas a adaptarse a estos cambios, coordinándose más y mejor con el gobierno a nivel central, e integrándose más en los nuevos mecanismos de cooperación. Actualmente, la participación de las ONGD en los mecanismos de coordinación dentro de este nuevo sector salud no está garantizada. Las ONGD no participan en las reuniones consultivas por lo que están poco informadas de los cambios que están ocurriendo y que les afectan directamente.

4.2. Fortalezas y debilidades de la CE en el sector salud en Mozambique

Fortalezas

- Nueva directriz de la política de cooperación española orientada hacia la alineación de su AOD con las nuevas tendencias internacionales. Mozambique es el primer país en el que la CE ha decidido integrarse en las actuaciones de la cooperación internacional de ese país, orientando su política de cooperación a dar respuesta a las prioridades del contexto en el que opera. Con esta iniciativa la CE deja de ser simple observadora y adquiere un compromiso para adaptar sus instrumentos a las necesidades del país.

- Capacidad de la OTC en Mozambique. Percepción importante de un gran cambio desde la llegada del nuevo equipo. La ONGD, el gobierno y otros donantes valoran muy positivamente el papel más activo de la representación de la CE en Mozambique. Ha dinamizado la integración de la CE en el contexto de la cooperación internacional en el país, armonizando sus actuaciones con las del gobierno y la CI. Ha mejorado la coordinación entre los distintos actores de la CE y de ésta con el gobierno mozambiqueño.
- El apoyo presupuestario a los distritos y a la provincia de CD tiene un gran impacto considerando las actuales capacidades del gobierno de Mozambique en el sector salud.
- Las actividades de los proyectos financiados por la CE están alineadas con las estrategias y prioridades del gobierno de Mozambique y de la CE y en general, aunque en diferente medida según el proyecto y el contexto en el que este opera, muy bien integradas en el sistema de salud.
- Las Asistencias Técnicas financiadas en Cabo Delgado y en la Dirección de Atención Médica del MISAU tiene un papel integrador de la CE y resultados positivos en el fortalecimiento institucional y en facilitar el diálogo entre gobierno y cooperación.
- La proximidad lingüística y cultural con el país favorece la integración de las acciones de la CE en el contexto del sector salud de Mozambique.
- La continuidad y concentración en un área geográfica del país permiten un mayor conocimiento del entorno, una mayor integración de las acciones financiadas y por lo tanto una mayor sostenibilidad e impacto de las mismas.
- Apoyo puntual y oportunista hacia áreas de necesidad demostrada y con buenos niveles de ejecución de los proyectos.

Debilidades

- Existe una falta de definición de lo que es exactamente la AOD, que debería priorizar la reducción de la pobreza ante otras acciones de tipo cultural o comercial. Los instrumentos de la CE son en ocasiones los que definen el marco de cooperación. Los créditos FAD no son el instrumento más adecuado para canalizar los recursos al sector salud, en un país altamente endeudado como es Mozambique y con nece-

sidades que se alejan en ocasiones de la oferta de recursos vehiculada a través de este instrumento.

- Baja cultura de cooperación al desarrollo. Cooperación basada en antecedentes históricos con un enfoque asistencialista donde la financiación de proyectos en ocasiones ha dado más respuesta a las demandas y necesidades de las ONG que a las del propio país receptor. La mayoría de los recursos destinados al sector salud se canalizan a través de ONGD, lo que limita el avance hacia la armonización de la cooperación española con las políticas del país y de la cooperación internacional, proceso en el cual estas ONGD están poco implicadas.
- Inexistencia de una Estrategia en Salud entre 2001-2003. Los proyectos se han aprobado de acuerdo a las directrices del Plan Director pero no existía un marco de actuación común para el conjunto de actores de la CE en este sector de manera que se asegurase que estas acciones eran coherentes con las del sector del país, de otros organismos internacionales y otros donantes. Existe un desfase entre la vigencia del Plan Director (2001-2004/2005-2009) y el Plan Estratégico en Salud (2003-2007/2008-2012).
- Estructura institucional confusa y excesivamente burocrática y centralizada. Poca definición de responsabilidades de las representaciones de la CE en los países, con poco poder de decisión pero una mayor y mejor comprensión del entorno. Y, en el caso de Mozambique, con un gran conocimiento de las nuevas políticas de cooperación acordadas a nivel internacional y de cómo aplicarlas y una integración y coordinación con los donantes que actúan en Mozambique. La centralización no permite optimizar todo el posible potencial de las capacidades de la OTC, que puede tener un papel dinamizador de la CE en el país y contribuir a mejorar su impacto.
- Existe un gran número de actores dentro del marco institucional de la CE financiando proyectos en Mozambique. Desde diferentes subdirecciones de la AECI se financian proyectos de ONGD, cursos, Asistencias Técnicas etc. y otras subdirecciones gestionan becas, lectorados e intercambios. Además de las financiaciones que proceden de CCAA y otras corporaciones locales del territorio español y desde otros ministerios (como por ejemplo los créditos FAD, hasta ahora contabilizados como AOD), entre los que la coordinación o el intercambio de información es poco frecuente, resultando en una dispersión de esos fondos y un desconocimiento del total de fondos que se destinan a un sector y a un país. Baja capacidad de mapeo de actores implicados y baja capacidad de contabilizar los recursos que se destinan a este sector.
- Procesos e Instrumentos de evaluación de la CE débiles e inadecuados.
- Falta de previsión para la viabilidad de lo financiado (mantenimiento infraestructuras y equipos).

**BANCO DE
SOCORROS**

5 Recomendaciones



5 Recomendaciones

En este capítulo se presentan las recomendaciones que el equipo consultor propone para corregir aquellos fallos que se identificaron en la evaluación y para mejorar las actuaciones que actualmente se están ejecutando en Mozambique, así como el de futuras actuaciones que vayan a ser financiadas por la CE en el sector salud de este país.

1. Para mejorar el impacto de los proyectos en ejecución

En este sub-apartado presentamos las recomendaciones globales al conjunto de proyectos, enmarcadas en el contexto en el que se ha realizado la evaluación.

Los planes de capacitación a nivel de distritos deben orientarse a **generar capacidades en las áreas de administración, planificación y gestión**, de manera que se garantice el cumplimiento de las actividades planificadas y presupuestadas y se haga de manera racional.

Debe tenderse a la **formación continuada en el lugar de trabajo** evitando la formación a través de cursos en el exterior que obligan al abandono del lugar de trabajo, motivados por el incentivo económico de las dietas que reciben.

Deberían fortalecerse las actuaciones sobre VIH/SIDA. Considerando la magnitud de este problema, los proyectos orientados a mejorar esta situación deben tener líneas claras de acción articulando una serie de actividades sostenibles y bien definidas que permitan hacer frente a la situación en coordinación con las autoridades sanitarias.

Se considera pertinente profundizar más en el enfoque de género de los Programas, con una estrategia definida para trabajar en esta área, mejorando y aumentando las actividades de capacitación y sensibilización.

La utilización de ONGD para proyectos de infraestructura ha tenido un impacto positivo pero todos los proyectos deberían incluir un plan de **operación y mantenimiento** con financiamiento para el mismo. Es bien conocido que la entrega/donación de equipos y el desarrollo de infraestructuras por parte de organismos de cooperación puede ser poco eficaz, y aún menos sostenible, al no contar los mismos con cláusulas de mantenimiento de empresas nacionales. Esta situación, justificada quizás en sus inicios, debería ser solventada por los propios proyectos en el futuro que deben asegurar que los equipos e infraestructuras cuentan con planes de O&M, y con financiamiento para el mismo.

En cuanto a la ejecución de infraestructuras es aconsejable contribuir a estimular las capacidades al nivel local, lo que permitirá utilizar con mayores garantías los mecanismos definidos por el gobierno para su contratación.

Debe mejorarse la coordinación entre las propias ONGD españolas y con la cooperación internacional que actúan en un sector y área geográfica. Así como de las ONGD con el gobierno de Mozambique.

Deben mantenerse los esfuerzos por integrar las actividades ejecutadas por las ONGD españolas en el sistema de salud de Mozambique.

Debe continuar financiándose y potenciando la formación de Agentes Comunitarios de Salud y activistas y apoyando a los Directores de Distrito para motivar el trabajo de educación sanitaria y sensibilización. Además, la atención domiciliaria de las personas con SIDA es un problema a resolver en todo el país y el rol de los ACS y activistas, adecuadamente entrenados para la prestación de estos servicios, será determinante.

Debería evitarse la participación de las ONGD en la gestión de créditos FAD, no solo por lo cuestionable de que

este tipo de intervenciones se consideren como AOD, sino porque la implicación de las ONGD en la gestión de este tipo de transacciones, puede suscitar cuestiones de transparencia que no suponen ningún beneficio para la imagen de la CE y se alejan de la armonización de la AOD española con la de otros países.

2. Para mejorar el impacto de la AOD española en Mozambique

La gestión y el control de la **ayuda presupuestaria a nivel de provincias y distritos** son mucho más ágiles y seguros que a nivel central. El seguir proporcionando este apoyo, incluso aumentándolo, con una supervisión adecuado, puede tener un efecto más inmediato y un mayor impacto sobre aquellas poblaciones más desfavorecidas para las cuales, y considerando la situación actual del gobierno de Mozambique, en cuanto a su nivel de centralización y a su capacidad de gestión, este beneficio no existiría. Sin embargo, será necesario definir cómo quiere continuar realizándose este apoyo para conseguir una mayor efectividad y quién debe hacerlo.

La financiación de las **Asistencias Técnicas** puede tener más impacto que otras actuaciones en el fortalecimiento de las capacidades institucionales de planificación y gestión, así como de supervisión y evaluación. También pueden contribuir al proceso de integración de la CE en el sistema de salud y a mejorar la coordinación entre las instituciones sanitarias y la CE, permitiendo que ésta tenga un mejor conocimiento del contexto.

Es necesario que se decida conjuntamente con el gobierno y, si es posible, con los otros donantes, para que de esta forma se asegure que la CE está aportando aquellas áreas de experiencia en las que tiene un valor añadido, al mismo tiempo que da cobertura a las necesidades reales del sector y se complementa con otras asistencias técnicas, evitando duplicaciones.

Considerando la situación actual del proceso de armonización de la CI en el sector salud en Mozambique va a ser necesario continuar con esta línea de financiación y continuar generando aquellas capacidades que el gobierno precisa para seguir avanzando.

La **participación en el SWAp salud de Mozambique** va a permitir aumentar la visibilidad de la CE,

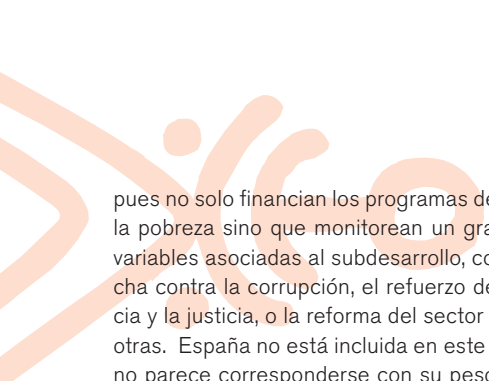
situándola entre las cooperaciones más avanzadas, le permitirá aprender de ellas y realizar una valoración de su impacto en el futuro. Esta participación en el SWAP, le permitirá disponer de un mayor conocimiento de la situación de la cooperación internacional en el país y disponer de mayor información sobre las actuaciones y planes del MISAU. Dicha información debería ser intercambiada con los actores de la cooperación española para que sus acciones se orienten mejor a las necesidades del contexto en el que operan. Esta iniciativa permitirá iniciar un aprendizaje rápido sobre las ventajas y desventajas de los SWAps y su posible aplicación en otros países.

La CE, como miembro con capacidad de decisión en el SWAP, debe disponer de una política de acción clara y tener una buena representación ante la cooperación internacional, con capacidad participativa y decisoria, que le permita ser parte activa de los acuerdos que se alcancen para mejorar la eficiencia e impacto de la ayuda internacional al sector.

Las nuevas acciones de la CE (al igual que las de otras cooperaciones) deberían ser planteadas y discutidas en las reuniones con los donantes y el gobierno de manera que se garantice y legitime la adecuación de esas acciones a las políticas del gobierno.

La participación en el SWAP va a permitir la medición conjunta con otros donantes del impacto de las políticas del gobierno y de la cooperación utilizando los mismos indicadores y alineando esfuerzos en la misma dirección. En la medida de lo posible, deben evitarse evaluaciones individuales y conseguir mejorar la coordinación para monitorear y evaluar los resultados que se puedan conseguir con los fondos de la cooperación. Además, deben establecerse mecanismos de evaluación conjuntos que disminuyan los costes de transacción que suponen el realizar evaluaciones individuales sobre diversos aspectos que le interesan a cada donante.

También debería prestarse más atención a la coherencia con las estrategias y los instrumentos de cooperación definidos por el propio gobierno de Mozambique sobre el apoyo presupuestario y adoptado en los últimos años por la cooperación internacional. Además de por su peso financiero, los donantes que aportan al APD (conocidos como los PAP – Programme Aid Partners) constituyen el grupo de mayor influencia en el contexto del desarrollo en Mozambique,



pues no solo financian los programas de lucha contra la pobreza sino que monitorean un gran número de variables asociadas al subdesarrollo, como son la lucha contra la corrupción, el refuerzo de la democracia y la justicia, o la reforma del sector público, entre otras. España no está incluida en este Grupo, lo que no parece corresponderse con su peso específico y vocación de ayuda al país. Sería útil que España considere vincularse a los donantes que prestan ayuda presupuestaria directa y a grupos y foros regionales formados por las cooperaciones más avanzadas (incluidos los que hacen seguimientos de las ERP y de los acuerdos de armonización, entre otros).

5.3. Sobre los mecanismos operativos y de gestión

La CE debe plantearse cómo financiar los estudios y evaluaciones previas al diseño de cualquier proyecto, de manera que se garantice que las propuestas que reciben se ajusten a la realidad del entorno donde han de ser ejecutadas.

Es necesario iniciar un proceso de descentralización de la CE. La OTC debe tener un mayor protagonismo y una mayor responsabilidad en la toma de decisiones, puesto que está más cerca de la realidad y conoce mejor las necesidades, los problemas y su contexto. Será necesario definir con claridad las responsabilidades de la OTC y las del nivel central.

Asimismo se identifica una necesidad de aumentar las capacidades y recursos de esta OTC en relación al incremento proporcional de los fondos que reciben y del nivel de responsabilidad que se le transfiera.

El papel de la OTC es crucial para la armonización de la CE con el gobierno y otros donantes y debe ser participativo para poder contribuir con sus iniciativas y propuestas a mejorar el proceso, corregir debilidades y facilitar el avance en su implementación. Deberán aprender de esta experiencia y transmitir las lecciones aprendidas al resto de la CE.

En los últimos años la OTC ha tenido iniciativas interesantes para conseguir mejorar la coordinación con los actores de la CE tanto a nivel de país como a nivel central y debe seguir trabajando en esa línea. Es importante que la relación entre ONGD, AT y OTC sea fluida y se utilice como referencia y punto de con-

tacto con la CE. La OTC debería mantener informada a todos los agentes de la CE que trabajan en Mozambique de los cambios que están aconteciendo en el sector y como pueden afectarles.

Por otra parte, debe seguir trabajando en mejorar las relaciones con el gobierno y conseguir así una mayor integración de la CE en el sistema.

Las OTC deberían ser capaces de elaborar con precisión el registro de los fondos de la AOD destinados a un sector. Pero será necesario mejorar la coordinación entre los diferentes actores implicados en la financiación de proyectos en Mozambique.

5.4. Sobre los mecanismos de financiación

Los **créditos FAD** son un instrumento de la CE y su controversia se debe tanto a las "condicionalidades" del préstamo, que obliga al país receptor a la compra y/o contratación de bienes y servicios españoles, como a la propia naturaleza de este instrumento de préstamo, de dudosa relevancia en una cooperación destinada a reducir la pobreza en un país muy pobre y altamente endeudado.

Puesto que la tendencia de los donantes es desviar cada vez más fondos hacia los mecanismos comunes de financiación, **las ONGD** se van a ver obligadas a adaptarse a estos cambios, integrándose en este proceso, del que han estado bastante excluidas hasta ahora.

El MISAU ha manifestado su voluntad de reabrir el diálogo con las ONGD y es muy probable que lleguen más recursos al sector salud por lo que las ONGD tienen una oportunidad de que su experiencia técnica, su capacidad de levantar información, su conocimiento de la realidad en la que operan y su capacidad organizativa sea considerada para su contratación como socios del MISAU. Las ONGD por lo tanto deben estar informadas de todo lo que está sucediendo en este contexto para poder ir adaptándose al mismo. Para ello deben estar integradas en las redes legales de ONGD y mantener una buena coordinación con la OTC, quien debería informarles periódicamente de los resultados de las reuniones del GT-SWAp.

Sin embargo los desembolsos de los donantes a través de estos nuevos sistemas pueden ser menores

que los compromisos adquiridos. Esta situación puede tener un efecto adverso en la prestación de servicios y por lo tanto es importante que la financiación al sector a través de ONGD siga realizándose durante este periodo de transición y hasta que el proceso se haya establecido plenamente y existan las capacidades y compromisos que permitan que funcione como esta previsto que lo haga.

Las ONGD pueden aportar valor a través de la asistencia técnica o de la prestación temporal de algunos servicios puntuales en áreas donde las capacidades locales son insuficientes o faltan modelos de trabajo que deben ser probados antes de su diseminación a mayor escala. Tal es el caso de estrategias para la reducción del VIH/SIDA o el control de otras enfermedades transmisibles, en el que las ONGD pueden dar un apoyo esencial.

Las ONGD serán necesarias mientras el gobierno no disponga de capacidad suficiente para realizar una buena gestión de sus recursos y consiga que éstos lleguen a las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, es muy importante de cara al futuro de la CE en Mozambique garantizar que la actividad de las ONGD representa valor añadido, y que su personal tiene suficiente conocimiento sobre el país y la realidad local para contribuir al desarrollo.

La CE debe avanzar hacia un modelo integral de cooperación donde tengan cabida diferentes modalidades de cooperación siempre y cuando sean complementarias y estén armonizadas con las políticas del gobierno del país y de la CI que allí opere. El cambio ha de ser gradual y negociado con todos los actores.



Anexos

Anexo. Términos de referencia para la evaluación

Prescripciones Técnicas para la Evaluación de la Actuación de la Cooperación Española en el Ámbito Sanitario en Mozambique.

1. Introducción

La Subdirección General de Evaluación y Planificación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI) del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación promueve periódicamente la realización de evaluaciones de las diferentes acciones e instrumentos de la Cooperación Española. En esta ocasión, de acuerdo con el Plan de evaluación 2004 de la SGPEPD, se ha decidido proceder a realizar una evaluación de la actuación de la Cooperación Española en el ámbito sanitario en Mozambique.

La salud constituye una de las prioridades sectoriales de la Cooperación Española. Sus actuaciones son diversas y enfocadas en los países prioritarios, entre los que destaca Mozambique, país de África Subsahariana con más larga trayectoria en la cooperación en el ámbito sanitario y el que mayor volumen de fondos recibe en este sector. Los primeros programas en este país datan de 1989 desde entonces se ha acumulado una importante experiencia en este campo. Actualmente, se está consolidando el mecanismo de coordinación sectorial SWAP (Sectorial Wide Approach), en el que la Cooperación Española tiene previsto participar.

Asimismo, la Estrategia de la Cooperación Española en Salud (2003) y el Programa VITA de cooperación al desarrollo en salud para África (2004) representan importantes documentos programáticos que orientan las acciones de España en materia sanitaria.

Dado el recorrido y prospección por parte de la cooperación española en el sector de la salud en Mozambique, se considera pertinente realizar una evaluación del papel que desempeña España en el fortalecimiento

to institucional del sistema sanitario de Mozambique, así como del nivel de impacto de los proyectos ejecutados por ONGD españolas en este sector.

La evaluación tiene como objetivos principales:

- Reconocer las fortalezas y debilidades de la Cooperación Española en el sector salud - tanto el impacto en el apoyo institucional a los mecanismos nacionales de salud, como el impacto, pertinencia y coherencia de los proyectos de las ONGD españolas en Mozambique.
- Distinguir la función y contribución de los distintos actores de la Cooperación Española en el sector salud en Mozambique.
- Obtener recomendaciones acerca de la participación de España en la modalidad de apoyo presupuestario tipo SWAP en el país.
- Aportar aspectos relevantes para orientar la ejecución de las líneas de acción puestas en marcha.

2. Antecedentes

La actuación de la Cooperación Española en el ámbito sanitario en Mozambique se inicia en 1989, con el desarrollo de programas y proyectos ejecutados en su mayoría por ONGD y fundaciones, financiadas principalmente por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y las Comunidades Autónomas. La contraparte directa es en casi todos los casos el sistema público de salud de Mozambique.

En el contexto de la Estrategia de Reducción de la Pobreza para el Desarrollo Económico y Social (PAR-PA) definido por el Gobierno de Mozambique, éste ha elaborado recientemente un Plan Estratégico para el

Sector Salud (PESS) 2001-2005, así como un Plan de Inversión en Salud 2004-2008 y un Plan Estratégico Nacional (PEN) 2000-2003 de combate contra el VIH/SIDA.

Las principales orientaciones estratégicas actuales del sistema de salud mozambiqueño son las siguientes:

- Refuerzo de los Cuidados Básicos de Salud con especial atención a la accesibilidad y calidad de los servicios.
- Refuerzo de las acciones de lucha contra las grandes enfermedades (Malaria, SIDA, TB y Diarreas).
- Formación y desarrollo equilibrado de los recursos humanos sanitarios.
- Mejora de la capacidad de planificación y gestión del sector en base a un modelo SWAP.

Además, en el contexto del Plan Estratégico (PESS), una de las líneas principales a impulsar es el desarrollo Institucional, que se enfoca en seis áreas interrelacionadas:

1. Descentralización.
2. Responsabilidades, gestión y organización de la sede del Ministerio de Salud.
3. Relaciones externas.
4. Rendición de cuentas.
5. Integración continuada de los Programas Prioritarios.
6. La separación de funciones del donante.

La Cooperación Española ha formulado una estrategia de apoyo al sector sanitario para el periodo 2003-2007, en la que se enmarca el programa VITA, cuyo objetivo fundamental es promover la máxima coordinación y complementariedad de las actuaciones de España en el sector salud. Los ámbitos de actuación preferentes en el programa son:

- Salud materno infantil: especial relevancia en atención primaria y secundaria.
- Lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales: especial atención al VIH/SIDA, malaria y tuberculosis.
- Servicios de salud básica: especialmente atención primaria y secundaria en lo relativo a la salud materno-infantil.

- Fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud: se priorizan los componentes de capacitación y gestión de recursos humanos.

La Estrategia de la Cooperación Española en Salud define como área prioritaria la atención primaria en áreas periféricas como principal desafío de la atención sanitaria en Mozambique. También prioriza los programas de investigación y el apoyo en la asistencia hospitalaria y los sistemas mixtos de gestión como elementos imprescindibles para el desarrollo del sistema sanitario.

En cuanto al modelo SWAP, se está estudiando la posibilidad de un programa de apoyo institucional realizado directamente por la AECl al Ministerio de Salud a través de la participación en Fondos Comunes y de Asistencias Técnicas en áreas clave de planificación y gestión sectoriales, tanto en el nivel central como provincial. Ya se han contratado las dos primeras asistencias técnicas integradas en el sistema público mozambiqueño.

En este marco, las actuales intervenciones en ejecución se enmarcan en las siguientes áreas:

- *Apoyo Institucional al Ministerio de Salud.*

Además de que todos los proyectos y programas se enmarcan en los planes institucionales de desarrollo del sector, se ha iniciado un programa, implementado y gestionado por la AECl, que incluye la participación de Cooperación Española en mecanismos comunes de inversión y seguimiento de la cooperación en salud.

Los proyectos incluidos en este programa son los siguientes:

- AECl: Asistencia Técnica a la Dirección Provincial de Salud de Cabo Delgado.
- AECl: Asistencia Técnica a la Dirección Nacional de Asistencia Médica.
- AECl: Participación en el grupo de trabajo SWAP y posible contribución al Fondo Común de Apoyo a las Provincias.

Independientemente de este apoyo institucional, varias ONGD continúan realizando apoyos al presupuesto de instituciones públicas, que tienden a desplazarse del nivel provincial (en el que estaban desde hace varios años) al nivel de distrito.

- *Atención primaria en salud.*



Actualmente, varias ONGD gestionan proyectos en esta área gracias a la financiación de la AECl.

I. Medicus Mundi

Dentro de su amplio programa "Fortalecimiento del desarrollo de la atención primaria de salud en las provincias de Cabo Delgado y Gaza (Mozambique) y de Luanda (Angola)", esta asociación desarrolla varios proyectos en Mozambique:

- *Infraestructura Sanitaria.*
- *Formación del personal Sanitario.*
- *Atención sanitaria básica.*
- *Control de enfermedades infecciosas.*
- *Educación sanitaria.*

El programa pretende mejorar la calidad en la prestación de los Servicios Básicos de Salud a través de un fortalecimiento de las actividades sanitarias de los diferentes programas de salud y asegurando un buen sistema de Vigilancia Epidemiológica. Contempla actividades que favorezcan el fortalecimiento de la atención sanitaria básica, es decir, dirigidas a mejorar la atención en relación a los programas básicos (aplicación de protocolos de asistencia clínica). También se incluyen aquellas otras que van dirigidas a la mejora del registro y análisis de la información sanitaria (en su aspecto epidemiológico) como un elemento clave para la toma de decisiones.

Su presupuesto total asciende a 742.339 €. La aportación AECl constituye: 303.258 €. La fecha de inicio fue el 1-7-01 y su finalización estaba prevista para el 30-06-04.

II. Médicos del Mundo

En el marco de su programa "Mejora de la salud básica de las poblaciones desfavorecidas en seis países", esta ONGD ejecuta el proyecto **Fortalecimiento de los servicios de salud de la región de Pemba.**

A través de esta intervención, se persigue mejorar el estado de salud y la capacidad de influencia de grupos de población desfavorecidos mediante acciones sanitarias y sociales con la participa-

ción de las comunidades. Se espera fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva de la población. Además, habrán mejorado sus conocimientos sobre los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA.

El presupuesto total se eleva a 1.583.170 €, siendo la aportación de la AECl de 1.420.612 €. El proyecto se inició el 1-4-02 y su finalización está prevista para el 31-05-05.

III. Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC)

Esta ONGD complementa las anteriores acciones con su proyecto **Rehabilitación Funcional del Hospital Provincial de Pemba y Formación de Recursos Humanos Hospitalarios** (se describe más adelante). Por último, cabe destacar que la AECl y la Comisión Europea están cofinanciando unas acciones semejantes en la provincia de Gaza.

- *Fomento de la investigación en salud.*

Dentro de su programa "Prioridades Materno Infantiles y Desarrollo: Investigación, Asistencia Técnica y Formación para el desarrollo de la Comunidad y el Alivio de la Pobreza", la **Fundació Clinic** ha consolidado en Mozambique su proyecto de creación del **Centro de Investigación en Salud de Manhiça: investigación, asistencia técnica y formación para el desarrollo de las comunidades y el alivio de la pobreza.** La dotación y mantenimiento de un centro de Investigación de Salud en una zona rural al sur de Mozambique posibilita las condiciones indispensables para llevar a cabo investigaciones con plenas garantías de calidad.

El proyecto tiene como objetivo general conseguir el alivio de la pobreza y el desarrollo de los habitantes de la zona a través de su acceso a unos servicios de salud más eficaces frente a los problemas de salud prioritarios.

El presupuesto total de esta intervención asciende a 2.155.649 €. Su fecha de inicio fue el 10-08-01 y tiene prevista su finalización en julio de 2004.

Por otro lado, hay que señalar que, dentro del marco institucional del Ministerio de Salud de Mozambique, España está apoyando a los Programas Nacionales de Malaria y Tuberculosis y al mismo tiempo se están llevando a cabo ensayos clínicos de investigación de

nuevas vacunas de Malaria y Sarampión. Además de la actividad de investigación, se realizan importantes tareas de formación y asistencia más allá de lo estrictamente necesario para los estudios. En el año 2003, se comenzará a trabajar en el área de VIH/SIDA.

■ *Apoyo a los Servicios de Asistencia Hospitalaria.*

Se continúa el apoyo a los servicios de asistencia hospitalaria a través de la ONGD **Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC)**. Su actividad consiste básicamente en mejorar los medios para realizar los diagnósticos, tanto en equipamiento como en formación.

Especialmente, ha centrado su labor en la mejora de la asistencia quirúrgica. Se ha concluido el Libro Blanco de Cirugía, que incluye un análisis amplio de la situación de esta especialidad y recoge estrategias de desarrollo y propuestas para la planificación de nuevas actividades. Asimismo, CIC ha desarrollado el Plan Director del Hospital Provincial de Pemba y se ha financiado una primera fase de apoyo a la dirección clínica y de rehabilitación de instalaciones.

Los proyectos ejecutados por esta ONGD son los siguientes:

■ *Rehabilitación Funcional del Hospital Provincial de Pemba y Formación de Recursos Humanos Hospitalarios.* Presupuesto: 685.988 €.

El objetivo del proyecto es mejorar la calidad de los servicios prestados por el Hospital Provincial de Pemba, mejorando la organización del hospital, introduciendo patrones de gestión clínica hospitalaria, optimizando la formación y la disponibilidad permanente de su personal, enfocando acciones sobre aspectos y problemas detectados con el objetivo de disminuir la mortalidad hospitalaria.

■ *Apoyo al Programa Nacional de Cirugía de Mozambique. Fase II.* Presupuesto: 1.013.521,80 €.

El proyecto aspira a conseguir ofrecer a escala nacional una asistencia quirúrgica aceptable, equilibrada, razonable y económicamente sostenible, para cada nivel de asistencia de la red pública del país. Alcanzando así, que todos los centros dispongan de infraestructuras, equipamientos y materiales adecuados; de un personal más formado y motivado; de un mejor sistema de información, organización y gestión; y de unos criterios e indicadores de actividad y calidad más fiables.

■ *Asistencia técnica y formación de recursos humanos para el sector hospitalario de Mozambique.* Aportación de la AECl: 450.000 €.

■ *Mejora de la Capacidad Funcional de los Hospitales Rurales en Mozambique. Fase II.* Aportación de la AECl: 355.162 €.

■ *Sistemas Mixtos de Gestión de Servicios de Salud.*

El Centro de Salud Polana Caniço, en la periferia de Maputo, está gestionado por la ONGD **ASIDH**, aunque es de propiedad pública. Se trata de un Centro de Salud urbano que plantea un modelo de gestión privada no lucrativa y acoge una serie de actividades de extensión entre las que destaca el programa de formación de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Asimismo, se apoyan servicios de salud vinculados a proyectos de desarrollo rural también gestionados por organizaciones privadas como la Unión General de Cooperativas y la Casa do Gaiato, ambas en la provincia de Maputo.

■ *Prevención de VIH/SIDA.*

Además del especial enfoque transversal sobre VIH de todos los proyectos del sector salud en Mozambique, se están apoyando las estrategias específicas de Cruz Roja y Ayuda en Acción, basadas fundamentalmente en acciones comunitarias de prevención y en el fortalecimiento de redes locales de lucha contra el SIDA.

Los proyectos actualmente en curso son los siguientes:

■ *Fortalecimiento de las capacidades locales para el control de la incidencia del VIH y el impacto del SIDA en Mozambique / Ayuda en Acción.*

■ *Prevención del VIH/SIDA y Asistencia a personas afectadas / Cruz Roja.*

■ *Acciones de la Cooperación descentralizada.*

Varias comunidades autónomas y municipios españoles financian proyectos de ONGD en el sector salud:

■ El País Vasco ha financiado a Médicos del Mundo en actividades en Matola.

■ La Comunidad de Madrid financia un programa a la ONGD Amref sobre prevención de malaria en Manhiça, que trabaja coordinadamente con el centro apoyado por la Fundació Clinic y la AECl.

- La Comunidad de Valencia ha financiado equipamiento de investigación para el INS y un proyecto para el desarrollo de un plan director en el hospital de Inhambane.
- La Generalitat de Cataluña ha financiado varias iniciativas entre las que destacan algunas relacionadas con la formación de gestores de hospitales y asistencia a enfermos de VIH-SIDA.

En el futuro se prevén inversiones considerables en el sector de la Comunidad de Madrid, Cataluña y País Vasco que están elaborando sus estrategias para los próximos años. Por volumen de financiación destaca la propuesta del Gobierno de Valencia de financiar un programa de desarrollo integral del valle del río Lurio, recientemente formulado, conforme al planteamiento del Ministro de Salud de Mozambique, en respuesta a la oportunidad de inversión, considerando la experiencia acumulada de la Cooperación Española y las ONGD españolas en el norte de Mozambique. Se trata fundamentalmente de incidir en la reducción de la dramática situación de la mortalidad materna e infantil en la zona.

La Xunta de Galicia, también tiene previsto financiar un proyecto de salud recientemente formulado, en la provincia de Cabo Delgado, sobre prevención de la malaria mediante el uso de redes mosquiteras impregnadas a los grupos más vulnerables. El objetivo de este proyecto es disminuir la morbilidad de la malaria entre mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, mediante la creación de una red de distribución de redes mosquiteras impregnadas, en los distritos de Montepuez y Macomía, en coordinación con las autoridades locales de salud.

3. Ámbito de la evaluación

Si bien la Cooperación Española en salud en Mozambique tiene una larga y variada trayectoria tras más de diez años de actuación en diversos subsectores, con el objetivo de acotar el ámbito de este estudio y de conseguir los objetivos que se plantea, la presente evaluación examinará la actuación de la Cooperación Española en el sector sanitario en Mozambique **desde 2001 hasta el presente**, abarcando de este modo el periodo de la línea de estrategias de la convocatoria de ONG de la AEI, así como el periodo de vigencia de la última Comisión Mixta Hispano-Mozambiqueña. No obstante, este marco temporal deberá analizarse en el contexto que proporcionan los antecedentes, valorando por tanto

el historial de la Cooperación Española en el país y el impacto, pertinencia y coherencia de sus acciones.

En este sentido, el estudio se enfocará en el papel de la Cooperación Española como conjunto en el fortalecimiento institucional del sistema sanitario de Mozambique, valorando en este proceso el impacto del **Centro de Investigación en Salud de Maniça**.

Asimismo, se analizarán en mayor profundidad los **Proyectos ejecutados por 3 ONGD españolas en la provincia de Cabo Delgado**, como muestra de acciones de la cooperación descentralizada española y la participación de las ONGD en una región determinada. Como se desarrolla en el apartado anterior (Antecedentes), estos son:

- Programa de atención primaria de salud en áreas rurales en la Provincia de Cabo Delgado:
 - *Fortalecimiento de la atención primaria de salud en la provincia de Cabo Delgado*, de Médicos Mundi.
 - *Fortalecimiento de los servicios de salud de la región de Pemba*, de Médicos del Mundo.
- Apoyo a los Servicios de Asistencia Hospitalaria en Pemba, del Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC).

4. Cobertura temática

Con la presente evaluación se busca analizar el papel de la Cooperación Española en el desarrollo institucional del Sistema Nacional de Salud de Mozambique, así como el grado de inserción e impacto de los proyectos específicos en el fortalecimiento de los servicios de atención primaria de salud.

Así, se pretende obtener un informe riguroso sobre el *diseño, la cobertura y la proyección de los programas y proyectos* de la Cooperación Española en el ámbito sanitario, sobre la *participación* de las contrapartes, la *administración y gestión* de los recursos y el *impacto* sobre la población beneficiaria:

Diseño.-La evaluación debe proporcionar información sobre el diseño de las intervenciones en el ámbito sanitario, para lo que habrá que analizar el diseño y la calidad de la **identificación y formulación** de las intervenciones, el respeto de las distintas **fases del Ciclo del Proyecto** y la documentación respectiva.

Cobertura del Programa.-La evaluación debe apreciar el grado de cobertura de las actuaciones estudiadas, proporcionando un perfil de la población directa e indirectamente involucrada. También se deberá contemplar la *proyección del Programa*, evaluando si ha contribuido a facilitar el acceso de la población más desfavorecida a la atención sanitaria.

Participación.-Se deberá evaluar el grado de implantación de los proyectos ejecutados, analizando el nivel de *implicación de las instituciones contraparte*, teniendo en cuenta el compromiso de las autoridades locales de asumir las reformas y compromisos de los programas para garantizar su continuidad.

Administración de recursos.-Proporcionar información sobre la administración del conjunto de las intervenciones, tanto en lo que concierne a la gestión de recursos humanos y técnicos, como a los financieros.

Recomendaciones a futuro.-La evaluación deberá proporcionar recomendaciones y propuestas sobre la actuación de la Cooperación Española en el sector sanitario en Mozambique a futuro, con miras a mejorar su funcionamiento y nivel de impacto.

La presente Evaluación debe considerar los **Criterios de Evaluación de la Cooperación Española**, evaluando hasta qué punto las actuaciones estudiadas, tanto de fortalecimiento institucional como cada uno de los proyectos analizados, han sido *pertinentes, eficaces, eficientes, y viables*, así como valorar los efectos – *impacto* – que han tenido. Será de especial relevancia para la evaluación enfocarse en la *coherencia y complementariedad* de las intervenciones de los distintos actores de la Cooperación Española sobre el sector sanitario en Mozambique y analizar si la dinámica de dicho sistema está siendo la adecuada.

A) Pertinencia y Coherencia: Adecuación de objetivos y resultados al contexto en que se realizan las intervenciones y a las prioridades del país. Pertinencia en relación con las prioridades de la Cooperación Española.

Es de particular relevancia analizar de qué manera las actuaciones de la Cooperación Española en salud se adaptan a los contextos nacional y local de Mozambique y a las necesidades de la población beneficiaria. Para ello, se deberán considerar aspectos como:

- Integración y coherencia de las acciones con los planes y programas nacionales y el sistema nacional de salud.
- Relevancia de los subsectores priorizados en las acciones respecto a las necesidades sanitarias del país – especialmente el ámbito materno infantil.
- Implicación de las autoridades sanitarias en las acciones, tanto a nivel central como local.
- Grado de descentralización de las acciones.
- Grado de integración de las acciones en la red sanitaria.
- Coherencia y complementariedad de las acciones en el conjunto de la Cooperación Española en el sector salud en todo el país.
- Marco temporal previsto para las acciones y cambios significativos en el contexto a lo largo de la duración de las mismas que puedan haberlas afectado.

Para analizar la coherencia y complementariedad de acciones, se estudiará:

- Características y modalidad del trabajo de los distintos actores de la Cooperación Española en el sector salud (Cooperación bilateral AEI, CCAA y ONGD): zonas de actuación y subsectores.
- Aportación de cada uno de los actores al fortalecimiento del sistema sanitario en Mozambique.
- Sinergia, complementariedad o competitividad de acciones, tanto de la Cooperación Española como de otros donantes.

Asimismo, se analizará hasta qué punto las acciones en materia sanitaria han contribuido a la consecución de los objetivos de la Cooperación Española:

- Lucha contra la pobreza.
- Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres: nivel de participación de las mujeres y las madres en las acciones.

B) Eficacia: Grado de cumplimiento de los objetivos y factores que afectan el logro de los mismos.

Se evaluará en qué medida las actuaciones contribuyen al objetivo de fortalecer el sistema sanitario en Mozambique. También se analizará hasta qué punto se han alcanzado los objetivos planteados en cada uno de los proyectos evaluados. Se estudiará:

- Claridad y pertinencia en la definición de los objetivos de las actuaciones y desarrollo de indicadores (cuantitativos y cualitativos) para medir su cumplimiento.
- Calidad de la identificación para cada actuación.
- Cumplimiento de los objetivos generales y específicos.

C) Eficiencia: Medida del logro de los resultados en relación con los recursos utilizados.

Se valorará la organización y gestión de los recursos humanos y financieros de cada actuación.

Se deben analizar aspectos tales como:

- Coste respecto a las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos.
- El funcionamiento de los mecanismos de co-financiación y co-gestión de los programas y proyectos.
- La calidad de la documentación de Formulación y Seguimiento.
- La instrucción de los Proyectos de acuerdo a la Metodología de Gestión de la Cooperación Española basada en el Marco Lógico.
- Capacidad de aprovechar recursos y estructuras ya existentes para el logro de los objetivos.

D) Impacto: Análisis de los efectos positivos y negativos de las intervenciones en sus zonas de influencia a nivel local, regional y nacional, estableciendo las causas que han contribuido a dichos resultados.

Se deberán valorar aspectos tales como:

- Efectos de la Cooperación Española en el desarrollo institucional del sistema nacional de salud.
- Grado de inserción de los proyectos en el sistema nacional de salud.
- Aportación específica de la Cooperación Española al sistema sanitario de Mozambique.
- Nivel de contribución a la formación y creación de capacidades.
- Grado de cobertura de los proyectos - población a la que están dirigidos. En el caso de Cabo Delgado, impacto en el desarrollo de la infraestructura sanitaria de toda la región.
- Imbricación de la Cooperación Española en salud con el resto de los donantes.

E) Viabilidad: Análisis de la probabilidad de que los beneficiarios de las acciones en materia de salud continúen más allá del tiempo de acción de la Cooperación Española, con el mantenimiento y gestión de lo realizado e incluso con la puesta en marcha de nuevas actuaciones.

Se deberán valorar aspectos tales como:

- Grado de participación e implicación de las instituciones contraparte (Ministerio de Salud y administraciones locales).
- Capacidad de gestión de las instituciones contraparte.
- Nivel de coordinación entre las autoridades competentes.
- Previsión para la viabilidad de los proyectos: diseño y ejecución de actividades para la transferencia de los proyectos a autoridades locales, y planes de salida de la zona.

En función de todo lo anterior, se deberá hacer una valoración comparativa entre la intervención clásica por proyectos y la modalidad de apoyo presupuestario tipo SWAP en Mozambique, con miras a establecer la viabilidad de ésta en el contexto de la Cooperación Española en el país. Asimismo, se realizará un análisis sobre la complementariedad de ambas modalidades de actuación.

5. Equipo evaluador

El equipo evaluador responsable de este estudio deberá estar compuesto de un mínimo de 2 profesionales, los cuales deben cubrir al menos los siguientes requisitos:

- Estudios y conocimientos acreditados de temas sanitarios (un médico o similar).
- Experiencia en gestión sanitaria y conocimiento de sistemas sanitarios en países en desarrollo, y de preferencia de Mozambique.
- Experiencia en cooperación al desarrollo.
- Conocimiento del portugués.
- Un mínimo de experiencia profesional en este campo de 5 años.

El equipo deberá asegurar la capacidad para analizar tanto los aspectos estratégicos y técnicos de los Programas, como los aspectos relacionados con la gestión administración y coordinación de los mismos.

Se insta al equipo evaluador a contar con la participación de expertos locales para desarrollar el trabajo de campo de la evaluación, y se valorará el conocimiento del portugués.

El equipo nombrará un coordinador, el cual actuará en todo momento como interlocutor y representante ante la SGPEPD y ostentará la acreditación facilitada por esta Subdirección a la hora de contactar con los responsables e implicados en el Programa.

Durante la evaluación, el equipo evaluador podrá ser acompañado por otros funcionarios o expertos designados por la SGPEPD o la AECl. En todo caso, el equipo mantendrá su independencia de criterio y no deberá acordar los términos del informe con personas ajenas al mismo. Durante la celebración de las entrevistas, los evaluadores podrán optar, si lo desean, por no ser acompañados por personas ajenas al equipo evaluador.

6. Premisas de la evaluación

La evaluación significa un análisis exhaustivo y riguroso de una parte importante de la Cooperación Española en Mozambique. Por esta razón el evaluador debe cumplir ciertos requisitos tanto profesionales como éticos, entre los que se destacan:

- *Anonimato y confidencialidad.*- La evaluación debe respetar el derecho de las personas a proporcionar información asegurando su anonimato y confidencialidad.
- *Responsabilidad.*- Cualquier desacuerdo o diferencia de opinión que pudiera surgir entre los miembros del equipo o entre éstos y los responsables de los Programas, en relación con las conclusiones y/o recomendaciones, debe ser mencionada en el informe. Cualquier afirmación debe ser sostenida por el equipo o dejar constancia del desacuerdo sobre ella.
- *Integridad.*- La evaluación tendrá la responsabilidad de sacar a la luz cuestiones no mencionadas específicamente en los términos de referencia, si ello fuera necesario para obtener un panorama completo.
- *Incidencias.*- En el supuesto de aparición de problemas durante la realización del trabajo de campo o en cualquier otra fase de la evaluación, éstos deberán ser comunicados inmediatamente a la SGPEPD. De no ser así, la existencia de dichos problemas en ningún caso podrá ser utilizada para justificar la no

obtención de los resultados establecidos por la SGPEPD en esta convocatoria.

- *Convalidación de la información.*- A fin de garantizar la validez de los datos, será útil solicitar los comentarios de todos los participantes en los Programas y recoger su opinión sobre si la información es correcta y ajustada a su percepción de la realidad. El equipo evaluador deberá tener la última palabra.
- *Informe final.*- El equipo evaluador podrá realizar sesiones informativas o proporcionar resúmenes de carácter no oficial, manteniendo la discreción respecto a los contenidos finales. La difusión del informe es prerrogativa de la SGPEPD.

7. Plan de trabajo y metodología

El trabajo de evaluación se realizará en tres fases:

- *Estudio de gabinete.*- (Duración estimada: 4 semanas). Se analizará la documentación disponible relativa a la formulación, diseño, funcionamiento y gestión de los programas y proyectos, tanto las fuentes principales en la AECl como secundarias, principalmente las ONG ejecutoras de los proyectos evaluados. Se realizarán entrevistas con los responsables de cada proyecto, para lo que se incluirá una visita a Barcelona, sede de las principales ONG responsables de los proyectos evaluados. Se establecerán primeros contactos con los expertos en el terreno, tanto en la OTC como en otras organizaciones. En esta etapa se diseñarán las herramientas para la recopilación y proceso de los datos y se identificarán los informantes clave.

Se entregará un Informe preliminar del estudio de gabinete, sobre la base del cual se concretará el trabajo de campo.

- *Trabajo de campo.*- (Duración estimada: 2-3 semanas) Consultas con organizaciones, grupos e individuos vinculados con la Cooperación Española en el sector salud en Mozambique. Estudio de la documentación administrativa y técnica en la que se basaron las distintas actuaciones ejecutadas o en curso, así como un detallado contraste de los datos y conclusiones con varias fuentes. Esto incluirá trabajo tanto en Maputo como en la provincia de Cabo Delgado. Para el trabajo de campo se contará con el apoyo logístico y con la colaboración de los expertos en salud de la OTC.

- *Informe final.*- (Duración estimada: 5 semanas) La redacción del informe final deberá atenerse a las recomendaciones del apartado “Estructura del Informe” y sus principales conclusiones deben ser debatidas con todas las partes involucradas y seguir los criterios establecidos en el apartado “Premisas de la Evaluación”.

8. Elaboración y presentación del informe de evaluación

De acuerdo con la metodología recomendada, es conveniente que la evaluación se estructure siguiendo el esquema adoptado en anteriores evaluaciones por la SGPEPD, es decir (a título orientativo):

1. Portada.
2. Introducción:
 - Antecedentes y objetivo de la evaluación.
 - Breve descripción del proyecto.
 - Metodología empleada en la evaluación.
 - Presentación del equipo de trabajo.
 - Condicionantes y límites del estudio realizado.
 - Descripción de los trabajos ejecutados.
 - Estructura de la documentación presentada.
3. Descripción de las intervenciones realizadas:
 - Concepción inicial.
 - Descripción detallada de su evolución.
4. Criterios de evaluación y factores de desarrollo:
 - Pertinencia del proyecto.
 - Eficacia.
 - Eficiencia.
 - Impacto.
 - Viabilidad.
5. Conclusiones y enseñanzas obtenidas (priorizadas, estructuradas y claras).
6. Recomendaciones.
7. Anexos:
 - Términos de referencia para la evaluación.
 - Itinerario misión de evaluación.

- Relación de personas/instituciones consultadas.
- Literatura y documentación consultada.

El informe de evaluación irá acompañado de un resumen ejecutivo del mismo, que mantendrá, en líneas generales, el esquema indicado y que respetará las especificaciones técnicas de presentación (número de páginas, formato, etc.) que la SGPEPD proporcionará al equipo evaluador.

Junto al informe ejecutivo se contemplarán las tablas de valoración del cumplimiento de los objetivos de ayuda y de valoración del desempeño del Programa contenidas en la metodología antes recomendada.

Asimismo, los consultores deberán presentar a la SGPEPD, en el soporte informático que se indique, una ficha-resumen de la evaluación siguiendo el formato establecido por el CAD de la OCDE para el inventario de evaluaciones de esta institución.

El equipo entregará tres copias de la versión en borrador del informe final (60-80 páginas), y un resumen ejecutivo (no superior a las 30 páginas) para ser discutidas con anterioridad a la preparación de la versión definitiva, y cinco copias de esta última en papel, encuadradas en formato Din-A4, así como en el soporte informático que se determine.

9. Autoría y publicación

Los miembros del equipo evaluador y, en su caso, la empresa consultora, delegarán todo derecho de autor en la SECI, que, si lo considera conveniente, podrá proceder a la publicación del informe final, en cuyo caso los evaluadores y/o la empresa consultora serán mencionados como autores del texto. En este caso el coordinador del equipo se compromete a prestar a la SGPEPD el servicio de asesoramiento en la corrección de las pruebas de imprenta necesarias.

Como mecanismo adicional de difusión de las conclusiones, la SECI podrá solicitar al coordinador del equipo evaluador y a alguno de sus miembros que presenten los resultados y las enseñanzas obtenidas en sesiones de trabajo con personal de la Cooperación Española.

El coordinador del equipo se compromete a prestar estos servicios en el momento que le sea solicitado.

10. Calendario de la evaluación

Inicio	Septiembre 2004
Entrega 1º informe	1 mes a partir del inicio del trabajo
Entrega Informe final	3 meses a partir del inicio del trabajo

11. Disposiciones finales

Los presentes términos de referencia tendrán carácter contractual y no podrán ser modificados unilateralmente. La modificación de estos términos podrá ser causa de rescisión del contrato de adjudicación por parte de la SGPEPD, sin que ello de motivo a indemnización.

Madrid, julio de 2004.

Documentación:

- Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004.
- Estrategia de la Cooperación Española en Salud (2003-2007).
- Plan Regional de la AECI para África Subsahariana (2003-2004).
- Programa VITA de cooperación al desarrollo en salud para África.
- Plan Anual de Cooperación Internacional: varios años.
- Memorias AECI, 2000-2001.
- Seguimientos PACI, 2000-2002.
- Metodología de evaluación de la Cooperación Española.
- Metodología de evaluación de la Cooperación Española II.
- Documentos de formulación y seguimiento de los proyectos: Centro Investigación Maniça, Programa Cabo Delgado.
- Plan Estratégico del Sector Salud de Mozambique (PESS) 2001-2005.
- Plan de Inversiones en Salud de Mozambique 2004-2008.
- Plan Estratégico Nacional para la lucha contra el SIDA (PEN).
- Compromiso de Kaya Kwanga: Código de Conducta de los donantes en el sector salud en Mozambique.
- Memorando de entendimiento de PROSALUD (SWAP).
- Adenda al Memorando relativa al Fondo Común Provincial.
- Encuesta hecha a los donantes sobre sus contribuciones 2001-2002.
- Evaluación conjunta del sector 2003.
- Estrategia de la AECI en Salud para Mozambique.
- Evaluación del Centro de Investigación de Maniça (2001).



Anexo. Bibliografía y documentación

- Batley R, **Mozambique: a country case study**. Reino Unido: OECD. 2002.
- CAD/OCDE. Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (DAC-OCDE). **Harmonizing donor practices for effective aid delivery**. 2003 www.oecd.org
- CAD/OCDE. Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (DAC-OCDE). **OECD-DAC survey on progress in Harmonization and Alignment Mozambique**. www.oecd.org
- DFID, **Mozambique Country Assistance Plan 2004 – 2007 Consultation Report**. <http://www.dfid.gov.uk/countries/africa/mozambique.asp>
- Kaarhus R, Rebelo P, **The role of civil society organisations in the health sector in Mozambique**. Oslo: Noragric – Agricultural University of Norway. 2003.
- Martínez J, Jané E. **Ayuda Oficial al Desarrollo: nuevos principios, instrumentos y estrategias de la Cooperación Internacional. Aportaciones para una cooperación española eficaz, solidaria y coherente**. Barcelona: HLSP Consulting. 2004.
- Martínez J, Jané E. **Revisión de la Estrategia Española de Cooperación en Salud bajo el marco de las nuevas políticas de cooperación internacional de la nueva administración**. Barcelona: HLSP Consulting. 2004.
- Martínez J. **Mid-term review of the memorandum of understanding between Mozambique and the kingdom of Norway**. Barcelona: HLSP Consulting. 2003.
- Martínez J, Vinyals L, Stensrud L, **Assessment of continued support to the Drugs Common Fund and the Provincial Common Fund by the Norwegian Cooperation**. 2004.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, **Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004** Aprobado por Consejo de Ministros, 24 de Noviembre de 2000. Madrid. 2000.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, **Estrategia de la Cooperación Española en Salud**. Madrid. 2003.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, AECI, Dirección General de Cooperación con África, Asia y Europa Oriental, **Plan Regional de la AECI para África Subsahariana (2003 – 2004)**. Madrid. 2003.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, Agencia Española de Cooperación Internacional, **VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África**. Madrid. 2004.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, **Plan Anual de Cooperación Internacional para 2003**. Madrid. 2003.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, **Plan Anual de Cooperación Internacional para 2002**. Madrid. 2002.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, **Plan Anual de Cooperación Internacional para 2001**. Madrid. 2001.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, Agencia Española de Cooperación Internacional, **Memoria AECI 2000**. Madrid. 2001.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, Agencia Española de Cooperación Internacional, **Memoria AECI 2001**. Madrid. 2002.
- Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, Oficina de Planificación y Evaluación, **Seguimiento PACI 2000**. Madrid. 2001.

- Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, Oficina de Planificación y Evaluación, **Seguimiento PACI 2001**. Madrid. 2002.
 - Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, Oficina de Planificación y Evaluación, **Seguimiento PACI 2002**. Madrid. 2003.
 - Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, Oficina de Planificación y Evaluación, **Metodología de Evaluación de la Cooperación Española**. Madrid. 2003.
 - Ministerio de Asuntos Exteriores, SECIPI, Oficina de Planificación y Evaluación, **Metodología de Evaluación de la Cooperación Española 2**. Madrid. 2001.
 - Ministerio de Asuntos Exteriores, **Estrategia de la Cooperación Española en Mozambique**. Madrid.
 - Pavignani E, Sjolander S, Aarnes D, **Moving on-budget in the health sector of Mozambique**. 2002.
 - República de Mozambique, Consejo de Ministros. **Plan Estratégico para el Sector Salud (PESS) 2001 – 2005 – (2010)**. Maputo. 2001.
 - República de Mozambique, **Plan Estratégico Nacional para la lucha contra el SIDA (2004 – 2008)**. Maputo. 2004.
 - República de Mozambique, Ministerio de Salud y Socios Cooperantes, **O Compromisso de Kaya Kwanga: um Código de Conduta para Orientar a Parceria para o desenvolvimento da saúde em Moçambique**. Maputo. 2003.
 - República de Mozambique, Ministerio de Salud, Ministerio de Finanzas y Socios Cooperantes, **Memorandum of Understanding in respect of Common Fund for Support to the Health Sector (PRO-SAUDE)**. Maputo. 2003.
 - República de Mozambique, Ministerio de Salud, Ministerio de Finanzas y Socios Cooperantes, **Annexes to the Memorandum of Understanding**. Maputo. 2003.
 - República de Mozambique, Ministerio de Salud y Secretaría de Estado de Cooperación Internacional del Reino de España, **Memorando de Entendimiento para el fortalecimiento institucional del sector salud en Mozambique**. Maputo. 2004.
 - República de Mozambique, Ministerio de Salud, Dirección de Planeamiento y Finanzas. **Donor Resource Survey 2001 – 2003, First Draft**. Maputo.
 - República de Mozambique, **Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty (2001 – 2005) (PARPA)**. Maputo. www.worldbank.com. 2001.
 - República de Mozambique, Ministerio de Salud, **Plano Operacional do MISAU 2004**. Maputo. 2003.
 - República de Mozambique, **Review of the Economic and Social Plan for 2003**. Maputo, www.worldbank.com. 2004.
 - República de Mozambique, **Report of the first mission to evaluate the performance of the Mozambique Health Sector in 2001, undertaken in July 2002**. Maputo. 2002.
 - República de Mozambique, **Terceira Avaliação Conjunta Draft do sector saúde**. Maputo. 2004.
 - Steen S, Olsen I, Elden L, **Review of the Norwegian Health Sector Collaboration with Mozambique**. Oslo: Agencia Noruega de Cooperación Internacional (NORAD). 2001.
 - Página de La Agencia Española de Cooperación Internacional www.aeci.es
 - Página de La Agencia Española de Cooperación Internacional en Mozambique www.aeci.org.mz
 - Página del Banco Mundial www.worldbank.org/wb-site/external/countries/africaext/mozambique
 - Página de la OCDE. <http://www.oecd.org/infobycountry>
 - Página Gobierno de Mozambique: <http://www.mozambique.mz/governo>
<http://www.ine.gov.mz/>
<http://www.mozambique.mz/saude/index.htm>
- Documentación de los Proyectos:**
- Médicos Del Mundo:**
- PEMBA I:
- Formulación original del Programa.
 - Presupuesto reformulado del programa de salud básica (en pesetas).
 - Informe anual del Programa PEA 1 (técnico y presupuestario).
 - Informe de seguimiento del programa PEA 2.
- PEMBA II:
- Informe anual del proyecto Pemba PEA 1 (técnico y presupuestario).
 - Informe anual del proyecto Pemba PEA 2 (técnico y presupuestario).

- Formulación del proyecto Pemba PEA 1, 2 y 3.

PEMBA III:

Reformulaciones del PEA 1 y PEA 2 (sep. 2003 y marzo 2004) en el proyecto de Pemba.

PEMBA IV:

- Informes bimestral (tipo) del proyecto de Mozambique.
- Documento sobre lo que significa la formación en servicio de este proyecto.
- Documentación sobre la crisis de cólera en Cabo Delgado.

PEMBA V:

- Informes relevantes para la formulación del proyecto "Fortalecimiento del sistema de salud de Pemba".

PEMBA VI:

- Información sobre el GATV de Pemba (como ya explicaré en los términos de referencia, uno de los componentes del programa en los cuatros distritos de Cabo Delgado es el GATV de Pemba).
- Plan de Obras en el proyecto.
- Otros informes.

PEMBA VII:

- Informe final del PEA II.
- Informe de seguimiento del PEA III.

Fundació Clínic per la Recerca Biomédica

- Ficha de valoración de programas. Prioridades materno infantiles y desarrollo. 2004.
- Documento de Formulación de Programa. Plan de ejecución agosto 2003 - julio 2004. Prioridades materno infantiles y desarrollo. 2003.
- Informe de Seguimiento de plan operativo año 2. Prioridades materno infantiles y desarrollo. 2003.
- Informe Final. Evaluación. Proyecto de desarrollo de la vacuna de la malaria en Mozambique y desarrollo del Centro de Investigación Manhiça. Evaluación expost y puntual de proyecto/asistencia técnica. 2001.

Medicus Mundi

- Informe de Evaluación. 'Proyecto de Apoyo al Desarrollo Sanitario de la Región Sur de Cabo Delgado' (Mozambique). AECI. Instituto de Cooperación con el Mundo Árabe, Mediterráneo y Países en Desarrollo. Gress Consultores (Dra. Carmen Ortiz).
- Informe Anual de Seguimiento. Proyecto: Educación Sanitaria.
- PEA 1. Educación Sanitaria.
- PEA 2. Educación Sanitaria.
- Informe Anual de Seguimiento. Proyecto: Control de Enfermedades Infecciosas.
- PEA 1. Control de Enfermedades.
- PEA 2. Control de Enfermedades.
- Informe Anual de Seguimiento. Proyecto: Atención Sanitaria Básica.
- PEA 1. Atención Sanitaria.
- PEA 2. Atención Sanitaria.
- Informe Anual de Seguimiento. Proyecto: Formación de Personal Sanitario.
- PEA 1. Formación del Personal Sanitario.
- PEA 2. Formación del Personal Sanitario.
- Informe Anual de Seguimiento. Proyecto: Infraestructura Sanitaria.
- PEA 1. Infraestructura Sanitaria.
- PEA 2. Infraestructura Sanitaria.
- Informe Anual de Seguimiento. Programa: Fortalecimiento del Desarrollo de la Atención Primaria de Salud en las Provincias de Cabo Delgado y Gaza y de Luanda (Angola).
- CRONOCGRAMA2 PROYECTOS.
- Ficha de Valoración de Programas. Programa: Fortalecimiento del Desarrollo de la Atención Primaria de Salud en las Provincias de Cabo Delgado y Gaza y de Luanda (Angola).(2004-2007).

CIC

“Apoyo al programa nacional de cirugía. Fase II. Mozambique”:

- Documento de formulación.
- Presupuesto económico detallado del documento de formulación.
- Informe final.
- Anexos técnicos al informe final.
- Ficha interna del proyecto.

“Mejora de la capacidad funcional de los hospitales rurales de Mozambique. Fase II”:

- Documento de formulación.
- Carta y justificación de prórroga.
- Informe anual de seguimiento.
- Ficha interna del proyecto.

“Rehabilitación funcional del Hospital Provincial de Cabo Delgado. Mozambique”:

- Documento de formulación.
 - Informe de seguimiento.
 - Informe económico de seguimiento.
 - Anexos 2, 4 y 5 al informe final.
 - Anexos 5, 6 y 7 al informe final.
 - Ficha interna del proyecto.
- “Asistencia técnica y formación de recursos humanos para el Sector Hospitalario. Mozambique”:*
- Documento de formulación.
 - Cuadro económico del documento de formulación.
 - Carta de reformulación económica inicial, ya que se ha presentado un importe superior al subvencionado.
 - Ficha interna del proyecto.



Anexo. Presentación del equipo de trabajo

En la creación del equipo técnico de HLSP, se ha tenido en cuenta el agrupar todas aquellas áreas de experiencia que garantizan una cobertura completa de las necesidades que pueda plantear la evaluación. Bajo este principio los consultores propuestos dan respuesta a las necesidades técnicas, estratégicas, administrativas y de gestión del proyecto.

Diseño, gestión y evaluación de proyectos de cooperación	<p>Tona Lizana. Se propone como Coordinadora de proyecto y por lo tanto como interlocutora y representante de la consultora ante la SGPEPD</p> <p>Gerente Regional de la división América Latina, Caribe y África Lusófona de HLSP. Licenciada en Medicina y Master en Gestión de Servicios de Salud y Gestión Hospitalaria</p> <p>Como gerente regional es responsable entre otras funciones, de la elaboración de propuestas, evaluación y control de calidad de todos los informes de consultoría y la evaluación de los proyectos para los que proporciona asistencia técnica</p>
Experiencias en los nuevos principios, estrategias e instrumentos de la cooperación internacional	<p>Entre los proyectos en los que ha colaborado, podemos destacar el estudio de caso de armonización de políticas de cooperación en Nicaragua y Honduras, el análisis de la Cooperación Española de Salud en el marco de la nueva política de cooperación y la evaluación del proyecto de fortalecimiento de las capacidades en economía de la salud en Brasil financiado por la Agencia Británica de Cooperación Internacional</p>
Experiencia en cooperación y con ONGs	<p>Antes de ocupar su cargo en HLSP, trabajó en otras consultoras siendo responsable de la gestión y asistencia técnica a múltiples proyectos nacionales e internacionales, entre los que podríamos mencionar el proyecto de "Diseño e Implantación de un Sistema de Medición y Evaluación de los Impactos del Proyecto Salud y sus dos Programas: Reforma de los Servicios de Salud (Banco Mundial) y Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud (BID) en Venezuela"</p> <p>Fue coordinadora del Máster Internacional de Medicina Humanitaria del Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández (Alicante), dirigido a la formación de cooperantes</p> <p>Durante ese periodo también colaboró en proyectos de investigación en salud pública y participó en la elaboración del Proyecto Europeo sobre Revisión de la Política y Práctica del test del VIH en Europa - "Informe sobre la situación en España"</p> <p>Desde 1998 colabora con diversas ONGs para las que ha elaborado algunos proyectos, como por ejemplo el diseño y el análisis coste efectividad del programa de prevención de ETS/VIH/SIDA en Honduras de Médicos del Mundo</p>

<p>Más de 10 años de experiencia en VIH/SIDA</p> <p>Vigilancia epidemiológica y evaluación de intervenciones en VIH/SIDA</p>	<p>Anna Rodés. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública, con un Master en Salud Pública de la Universidad de Yale. Posee más de 10 años de experiencia en VIH/SIDA como técnico de la salud pública a nivel regional, nacional e internacional. Desde hace más de un año trabaja como experta en VIH/SIDA en HLSP Consulting. También fue la responsable de la unidad de prevención del Plan nacional contra el SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo y la directora adjunta del Programa del SIDA en Cataluña, donde desempeñó su trabajo en el área de diseño de proyectos, ejecución y evaluación de los mismos. Tiene experiencia como investigadora en el área de vigilancia epidemiológica de segunda generación del VIH/SIDA y ha colaborado con múltiples ONGs en proyectos de tercer y cuarto mundo. Ha colaborado con AEI en la ejecución de diversos cursos de capacitación en VIH/SIDA dirigidos a profesionales de la salud de diversos países de América Latina en la Escuela Nacional de Sanidad y los Centros de Capacitación en Antigua y San José de la Sierra</p>
<p>Experiencia en cooperación y con ONGs</p>	<p>Como consultora internacional ha trabajado en los siguientes países: El Salvador, Argentina, Uruguay, Chile, Méjico, Lithuania, Uzbekistán, Rumania y Ucrania</p>
<p>20 años de experiencia en SWAPs; monitoreo y evaluación</p>	<p>Javier Martinez. Posee una amplia experiencia en la gestión de servicios de salud, como académico y consultor internacional en el sector salud. En los últimos 20 años, ha tenido experiencia en áreas como la organización y gestión de los servicios de salud y las reformas del sector salud; los nuevos enfoques sectoriales - SWAPs; el monitoreo y la evaluación de los programas sanitarios</p>
<p>Proyectos en Mozambique para las Agencias de Cooperación Británica, Noruega y Sueca</p>	<p>Desde 2001 es el Director Regional para América Latina, Caribe y África Lusoparlante de HLSP Consulting. En la empresa, ha trabajado en proyectos del BID (Apoyo a la Secretaría de Estado de Salud del Gobierno de Honduras en el desarrollo de un enfoque sectorial – SWAP – para el sector Salud); NORAD (Evaluación de los Fondos Comunes de la Cooperación Noruega en su apoyo al sector salud de Mozambique); Global Alliance for Vaccines and Immunisation/ The Vaccine Fund (Revisión de GAVI y Vaccine Fund como una nueva forma de financiamiento de la Cooperación externa al desarrollo). Agencia Británica de Cooperación Internacional (revisión del apoyo de DFID a la Planificación Estratégica en el Ministerio de Salud de Mozambique en el contexto del Enfoque Sectorial – SWAP); Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (seminarios SWAP para las Secretarías de Salud, Educación y otras, para las agencias de cooperación, y para el Gabinete de Gobierno de Honduras)</p>
<p>Experiencia en trabajos con ONGDs y en gestión financiera y presupuestación</p>	<p>Camila Rossetti. Oficial de Proyectos de la división de América Latina, Caribe y África Lusófona en HLSP. Licenciada en Administración de Empresas en Brasil y Master en Cooperación Internacional en Barcelona. Tiene más de cinco años de experiencia en gestión financiera, elaboración de presupuestos y evaluaciones económicas. Posee un amplio conocimiento del funcionamiento de la cooperación al desarrollo española debido a su colaboración durante dos años en una ONGD Española, realizando propuestas de proyectos de desarrollo sostenible en América Latina, África y Oriente Medio</p> <p>En HLSP es responsable de la gestión de los proyectos en salud de la empresa y de la elaboración de propuestas financieras. También ha participado como consultora junior en distintos informes, como el de Armonización de la Cooperación en Honduras para el BID, el de Revisión de la Estrategia Española de Cooperación en Salud para la AEI, y el de Revisión de los progresos en salud en Mozambique entre 2000 y 2004 para DFID y la Cooperación Finlandesa</p>

IV Anexo. Metodología empleada

1. Guía de entrevistas

Las entrevistas semi-estructuradas deben conseguir recoger toda la información suficiente para realizar la evaluación y por lo tanto deberá responder a cuestiones como las siguientes:

Agentes de la cooperación internacional:

¿Cuáles son los mecanismos de dialogo que mantienen con el gobierno?

¿Cómo se valora la cooperación española desde las otras cooperaciones? ¿qué debilidades y fortalezas identificaría?

¿Como valoraría los resultados de la cooperación internacional en Mozambique- Qué se ha logrado con el SWAP y Apoyo presupuestario?

¿El jefe del GT-SWAP representa realmente la opinión de todos los donantes? Cuan importante es en este proceso evolutivo conseguir el acuerdo de todos los socios?

¿Cuál es el principal vínculo entre los donantes y el MISAU?

¿Cuáles han sido los principales problemas en el dialogo entre MISAU y la cooperación internacional?

¿Como cree que puede mejor la comunicación entre donantes y conseguir una mayor coordinación entre ellos?

¿Cree que el gobierno tiene capacidad para realizar una buena gestión financiera del sector?

¿Qué riesgos valora como más importantes en el uso de los nuevos instrumentos de cooperación?

¿Cuáles cree que son las ventajas de la financiación a través de proyectos?

¿Cree que la cooperación internacional está consiguiendo fortalecer las capacidades institucionales?

¿Qué líneas estratégicas del sector salud creen son prioritarias?

¿Cómo valoraría el futuro de estas estrategias?

¿Cuáles cree que son los motivos principales por los que otras agencias no han adoptado el SWAP?

¿Qué opina de la centralización del SWAP?

Agentes del gobierno:

¿Mecanismos de dialogo entre la cooperación española y el gobierno-MISAU?

¿Mecanismos de dialogo interno- MISAU-DPF-DPC?

¿Mecanismos de dialogo y coordinación entre el MISAU y las direcciones de Provincia?

¿Opinión sobre las nuevas estrategias de cooperación internacional? ¿valoración del proceso en Mozambique?¿Cuáles han sido los resultados alcanzados por el SWAP salud?

¿Es el SWAP el procedimiento preferido para el MISAU?

¿Cuál es el principal vínculo entre los donantes y el MISAU?

¿Participan ONGs en el GT-SWAP?¿y la sociedad civil?

¿Mecanismos de dialogo y coordinación entre las direcciones de Provincia?

¿Mecanismos de dialogo y coordinación entre las direcciones de Provincia y las Direcciones Distritales?

¿Cuáles son las acciones prioritarias que esperan de la Cooperación internacional? ¿Valoración del trabajo con otras agencias?

¿Mecanismo de reporte?

¿Instrumentos de monitoreo y evaluación?

¿Valoración de la cooperación a través proyectos? Debilidades y fortalezas

¿Costes de transacción de este tipo de cooperación?

¿Valoración de los proyectos de la CE en la región? Mecanismos de comunicación y colaboración? ¿valoración de su impacto?

¿Implicaciones de los resultados conseguidos a nivel de las DP en la presupuestación?

¿efectividad del IPP (Integrated Provincial Planning) como herramienta de planificación?

¿problemas con los desembolsos del presupuesto?

¿Coordinación con las ONG? ¿Mecanismos de reporte?

¿Mecanismos de evaluación existentes?

¿Periodicidad de las evaluaciones? ¿responsabilidad del evaluador?, ¿Integración de los resultados de la evaluación a la ejecución del proyectos? ¿Supervisión?

¿Apoyo presupuestario a provincias desde 1995?

¿Firma del MdE PROSAUDE? ¿alineación con las prioridades del país o del programa VITA?

¿Implementación del programa VITA?

¿Registro de la ayuda española en el país? ¿ayuda comercial y privada? ¿cooperación descentralizada?

¿Opinión sobre los créditos FAD?

¿Vinculación de un proyecto a un crédito FAD?

Agentes de la Cooperación Española:

AECI:

¿Responsabilidades de la OTC?

¿como se diseñan, aprueban, ejecutan y monitorea esta ayuda? ¿Responsabilidad de la evaluación de necesidades en la región de ejecución del proyecto?

¿Asignación de fondos directos? ¿Criterios utilizados? ¿participación de la OTC?

¿Mecanismos de comunicación y reporte ente la OTC Mozambique y la AECI?

¿Opinión sobre el impacto de la actual cooperación española?

¿Mecanismos que puede mejorarse y como?

¿Relaciones con el gobierno a nivel central y de distrito?

¿Relaciones con otros donantes y agencias multilaterales?

¿Participación en foros internacionales? ¿experiencia y resultados?

¿Coherencia de las acciones de la cooperación española con los planes de país?

ONG:

¿Mecanismos de coordinación con otras ONG, Agencias, gobierno?

¿Mecanismos de comunicación y coordinación con OTC-AECI?

¿Coordinación con las ONG? ¿Mecanismos de reporte?

¿diseño del programa?

¿Mecanismos de evaluación? ¿adecuados?

¿Cómo valora el SWAP? ¿Como valora el futuro de estas nuevas estrategias?

¿Cómo valora la cooperación por proyectos? ¿como puede incrementarse su impacto? ¿como puede complementarse con los nuevos instrumentos de cooperación?

¿Fortalezas y debilidades de la cooperación española?

¿Cuáles han sido los principales problemas en la ejecución de los proyectos? ¿Cuáles son los principales problemas en el dialogo con los agentes locales?

¿Cuál es la capacidad del gobierno y las instituciones locales para gestionar y ejecutar?

B. Listado de entrevistas/visitas realizadas

FECHA	LUGAR-HORA	CARGO	INSTITUCIÓN
22.11.04	Maputo - OTC (9.45h - 11.30h)	Responsable salud CE-OTC Maputo	Cooperación española
	Maputo - OTC (12.00h - 13.00h; 17.20h - 19.30h)	Director OTC Maputo	Cooperación española
	Maputo - Embajada Francesa (14.30h)	Responsable	Ministerio de Negocios Extranjeros Franceses - Agencia Francesa de Desarrollo
	Maputo - OTC (16h)	Representante BM. Antigo Director del Dirección de Planificación y Cooperación Internacional	BM/Ministerio de Salud (MISAU)
23.11.04	CD - Pemba (13h)	DPC-DPS Pemba (asistencia Técnica de la CE)	Cooperación española
	CD - Pemba - DPS (14h)	Director DPPC de CD	Dirección Provincial de Salud de CD
	CD - Pemba (16h)	Responsable	Ministerio de Negocios Extranjeros Franceses - Agencia Francesa de Desarrollo- PISCAD
	Hospital Provincial de Pemba (8h)	Medico Jefe Director Administrador	Hospital Provincial de Pemba
	Hospital Provincial de Pemba (10h)		Visita de algunas áreas del hospital
24.11.04	Centro de Formación de Pemba (10.30h)	Director	Centro de Formación de Pemba (proyecto MMC)
	Centro de Formación de Pemba (11.45h)		Visita al Centro
	GATV de Pemba (13h)	Consejera de GATV	GATV de Pemba (proyecto MdM)
	GATV de Pemba (14h)		Visita al Centro
	CD - Pemba (15h)	Coordinador MdM	MdM
	CD - Pemba - DPS (16h)	Responsable programa nacional de SIDA en la DPS	DPS (MdM)
25.11.04	CD - Mecufi - Centro de Salud de Murreube (9h)	Directora Salud Distrito Mecufi Enfermera responsable del centro de salud	DDS MdM
	CD - Mecufi - Centro de Salud de Murreube (10.30h)		Visita al Centro
	CD - Ancuabe (12h)	Coordinadora MMM	MMM
	CD - Centro de Salud de Ancuabe (15.15h)	Director Distrito de Ancuabe, Director Distrito de Macomia Director Distrito Meluco	DDS
	CD - Centro de Salud de Ancuabe (16.30h)		Visita al Centro
	CD - Montepuez (20h)	Director Salud Distrito Montepuez	DDS

FECHA	LUGAR-HORA	CARGO	INSTITUCIÓN
26.11.04	CD - Namuno - Centro de Salud (8h)	Director Salud Distrito Namuno	DDS
	CD - Namuno - Centro de Salud (9,30h)		Visita al Centro
	CD - Balama - Centro de Salud de Balama (13h)	Director Salud Distrito Balama y equipo	DDS
	CD - Mapulo - Centro de salud (16h)		Visita al Centro
	CD - Montepuez- sede MMC (18h)	Coordinadora Médico cooperante	MMC
27.11.04	CD - Pemba (12h)	Director Salud Provincia Cabo Delgado	DPS
29.11.04	Manhiça (9,30h)	Administrador Centro Coordinador y responsable clínico Director Científico	Centro de investigación de Manhiça
	Manhiça (13h)		Visita al Centro
	Maputo-OTC (14h)	Asesor del Director de las DPC (Mazivila)	DPC del MISAU
30.11.04	Maputo - MISAU (8h)	Director programa Malaria	MISAU
	Maputo - MISAU (11h)	Director DPC	DPC-MISAU
	Maputo - MISAU (15,30h)	Subdirector Científico del INSALUD	INS- MISAU
01.12.04	Maputo - Embajada Irlanda (9h)	Attaché	Embajada de Irlanda
	Maputo - Embajada Finlandia (10h)	Consejera de Salud	Embajada de Finlandia
	Polana Canhiço (12h)		Visita al Centro
	Polana Canhiço (13h)	Directora	ASIDH
	Maputo - OTC (15h)	Coordinador	CIC
02.12.04	Maputo - OTC (10h)	Asesora DAM	DAM-MISAU(cooperación española)
	Maputo - OTC (12h)	Representante	Cruz Roja Española
	Maputo - OTC (14h)	Director de País Chair of NAIMA	PROJECT HOPE NAIMA
03.12.04	Maputo - MISAU (9 h)	Directora de la Dirección de Administración y Gestión del MISAU	DAG-MISAU
	Maputo - MISAU (10,30h)	Director Director Asistencia Médica	DAM-MISAU
17.12.04	Barcelona (entrevista telefónica)	Coordinadora	programa VITA

FECHA	LUGAR-HORA	CARGO	INSTITUCIÓN
05.01.05	Barcelona	Administrador CIM	CIM
01.02.05	Madrid	Subdirectora Adjunta	Subdirección General de Cooperación Multilateral y Horizontal
	Madrid	Jefe de Servicio	Subdirección General de Cooperación Multilateral y Horizontal- Unidad de ONGDs
	Madrid	Consejera Técnica para África Subsahariana	Subdirección General de Cooperación con los países de África Subsahariana y Asia-
	Madrid	Técnico-País Mozambique	SGCASA



Equipo Evaluador: HLSP

Fecha de la Evaluación: Febrero 2005

Tipo de Evaluación: Final

Sector: Salud

Área Geográfica: Mozambique



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN
Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PARA EL DESARROLLO