

11 Evaluación conjunta

Evaluación final
Plan de Actuación Sectorial de Salud
2011-2013

Informe final



Edición: 2014

© Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación

Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica

Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo

El informe ha sido elaborado por María Sarabia Barquero (coordinadora de equipo), Inma Gisbert Civera (especialista en salud pública y cooperación) y Carlos Rodríguez Ariza (especialista en evaluación).

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 papel: 502-15-016-3

NIPO en línea: 502-15-017-9

Depósito legal: M-5555-2015

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, diríjense a:
División de Evaluación de Políticas para el Desarrollo y Gestión del Conocimiento
Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
Serrano Galvache, 26, torres Ágora, Torre Norte. 28071 Madrid
Tel.: +34 91 394 8808
evaluacion-sgcid@maec.es

Índice

Abreviaturas	i
1. Introducción	1
1.1. Descripción del informe	1
1.2. Objetivos, alcance y enfoques de la evaluación	2
1.3. Ficha metodológica	3
2. Descripción del objeto de evaluación	11
2.1. Antecedentes y contexto	11
2.2. El Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013	13
3. Análisis y resultados de la evaluación	19
3.1. El PAS de Salud como instrumento de planificación estratégica-operativa sectorial de la AECID	19
3.2. El Plan de Actuación Sectorial de Salud como instrumento facilitador en la coordinación entre actores	49
3.3. Avances y limitaciones en la implementación del PAS de Salud	61
4. Conclusiones y recomendaciones	77
4.1. Conclusiones	77
4.2. Lecciones aprendidas	83
4.3. Recomendaciones	84

5. Anexos	89
Anexo 1. Procesos de planificación que influyen en la planificación de salud en AECID	91
Anexo 2. La presencia de salud en los MAP y la PO	93
Anexo 3. Síntesis de la presencia de salud en las planificaciones geográficas (MAP y PO)	97
Anexo 4. Evolución y distribución de la AOD en salud de la Cooperación Española en el periodo 2009-2012	105
Anexo 5. Cuestionarios: Red de Expertos/as Sectoriales de Salud y Coordinadores/as	117
Anexo 6. Resultados del cuestionario: Red de Expertos/as Sectoriales de Salud y Coordinadores/as	131
Anexo 7. Listado de fuentes	177
Anexo 8. Matriz evaluativa	181
Anexo 9. Ficha-Resumen CAD/OCDE	189
Anexo 10. Términos de referencia de la evaluación	193

Abreviaturas

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AGE	Administración General del Estado
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APS	Atención Primaria en Salud
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CC-UE	Código de Conducta de la Unión Europea
CC-RRHH-UE	Código de Conducta de la UE para la contratación ética de personal sanitario
DNDi	Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (siglas en inglés de Drugs for Neglected Diseases Initiative)
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ES	Estrategias Sectoriales de la Cooperación Española
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
FIIAPP	Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas
GFATM	Fondo Mundial para el sida, TB y Malaria (siglas en inglés de Global Fund AIDS, Tuberculosis & Malaria)
GpRD	Gestión por resultados de desarrollo
JANS	Herramienta para la valoración conjunta de las Estrategias Nacionales de Salud en el marco del IHP+ (siglas en inglés de Joint Assessment of National Health Strategies)
IHP+	Asociación Internacional para la Salud (siglas en inglés de International Health Partnership)
IRR	Índice de Riesgo Reproductivo
ISGlobal	Instituto de Salud Global
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
LE	Línea Estratégica del PAS-SALUD
MAE	Marco de Asociación Estratégica entre la Cooperación Española y OMUDES
MAP	Marco de Asociación País
MIMAS	Mesa Interministerial de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONGD	Organización No Gubernamental para el Desarrollo
ONU	Organización de Naciones Unidas
OO.II.	Organismos Internacionales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTC	Oficina Técnica de Cooperación
ONUSIDA	Programa de Naciones Unidas sobre VIH/sida
PACRES	Plan de Actuación de la Red de Expertos/as de Salud
PAS	Plan de Actuación Sectorial de la AECID
PAS-SALUD	Plan de Actuación Sectorial de Salud de la AECID
PCI	Programa de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica
PIFTE	Programa Iberoamericano de Formación Técnica Especializada
PD	Plan Director de la Cooperación Española
PMA	Países Menos Avanzados
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PRM	Países de Renta Media
RD	Resultado de Desarrollo
RRHH	Recursos Humanos
SCE	Sistema de Cooperación Española
SECIPI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica
SETP	Salud en Todas las Políticas
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
SGRIN	Subdirección General de Relaciones Internacionales del MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)
SM2015	Iniciativa Mesoamericana para la Salud
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

1 Introducción

1.1. Descripción del Informe

El presente informe cierra el trabajo llevado a cabo por *En POSITIVA, Grupo de Trabajo en Evaluación e Investigación Social* para la evaluación final externa del **Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013** (PAS-SALUD) de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). La realización de esta evaluación forma parte del Plan Bienal de Evaluaciones 2013-14 de la División de Evaluación de Políticas para el Desarrollo y Gestión del Conocimiento de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID), y su ejecución se ha desarrollado en el marco del convenio firmado entre la SGCID y la FIIAPP para la realización de evaluaciones conjuntas de interés para la Cooperación Española.

Los objetivos expresados en los términos de referencia (TdR) de la evaluación enfatizan la relevancia que se confiere al carácter estratégico del PAS-SALUD sobre cómo este instrumento ha contribuido en sus años de vigencia a mejorar la eficacia y la calidad de la ayuda direccionada al sector salud y sobre cuál ha sido su utilidad y qué tipo de avances y dificultades ha tenido durante su implementación. El informe presentado a continuación recoge los resultados obtenidos en la evaluación que dan respuesta a estas cuestiones. El documento se estructura en cuatro capítulos y una sección de anexos donde se recoge información detallada sobre lo que se expone en el cuerpo del informe:

El primer capítulo presenta una breve introducción al **tratamiento evaluativo** de aspectos de relevancia señalados en los TdR y las claves para el posterior desarrollo y comprensión del informe. Se incluye aquí una síntesis metodológica junto con los **condicionantes y limitaciones** que se han presentado en el

desarrollo de este ejercicio, así como las decisiones tomadas por el equipo evaluador para el abordaje de dichas limitaciones.

El segundo capítulo describe el **objeto evaluativo** precedido de elementos contextuales y antecedentes del mismo. En este espacio se caracteriza el PAS-SALUD como el principal instrumento institucional para fortalecer e integrar el enfoque sectorial de salud en la AECID.

El tercer capítulo describe los **resultados de la evaluación** estructurados en tres apartados que se corresponden con los objetivos evaluativos recogidos en los TdR y retomados en el informe bajo las tres preguntas evaluativas que han organizado el proceso de indagación, análisis e interpretación de los datos obtenidos.

- En el primer apartado, se analiza el **diseño del instrumento** según los criterios establecidos en los TdR y se profundiza en la posible influencia del mismo en los procesos de **planificación estratégica** y de **asignación presupuestaria**; en este último aspecto, se presta especial atención a los patrones de concentración que ha seguido la ayuda destinada al sector salud.
- En el segundo apartado se analiza el PAS-SALUD como instrumento facilitador de la **coordinación de actores**, revisando cuáles han sido los mecanismos formales e informales de coordinación dentro de la propia AECID, y de ésta con los restantes actores sectoriales ubicados en espacios y niveles diferenciados.
- Posteriormente, y con el fin de analizar y capturar los **avances y desafíos** que han acompañado al PAS-SALUD durante sus años de vigencia, el tercer apartado analiza la progresión hacia los hitos y

metas (señas de identidad) incluidas en cada una de las líneas estratégicas del PAS-SALUD. En este apartado se atiende a aspectos de **contexto** y de **estructura** como factores explicativos tanto del tipo de avances y limitaciones en la implementación del PAS-SALUD, como de la posible sostenibilidad de los logros obtenidos.

- El cuarto capítulo contiene las **conclusiones y recomendaciones** que se derivan de este ejercicio evaluativo y las **lecciones aprendidas** que se han entendido pertinentes y útiles por su valor de cara al desarrollo de posibles instrumentos de planificación sectorial en el marco del IV Plan Director.
- El quinto capítulo incluye los **anexos** que se han considerado necesarios para complementar y sustentar el informe de evaluación. Entre ellos se encuentra una síntesis de la planificación geográfica que considera el sector salud en alguno de los formatos identificados en el informe, el resultado de los cuestionarios aplicados a terreno y las tablas de datos que soportan el análisis cuantitativo del documento.

1.2. Objetivos, alcance y enfoques de la evaluación

La AECID, en línea con los compromisos internacionales asumidos para incrementar la calidad y la eficacia de la ayuda y, en coherencia con lo establecido en el III Plan Director de la Cooperación Española (2009-2012), impulsó una serie de procesos para el fortalecimiento del enfoque sectorial de la institución. Uno de los frutos de este proceso fue el diseño e implantación de los denominados Planes de Actuación Sectorial (PAS) de la AECID, entre ellos el Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013.

El PAS-SALUD fue concebido como un instrumento de planificación estratégico-operativo que pretendía contribuir al fortalecimiento e integración del enfoque sectorial de salud en las actuaciones de la AECID, así como orientar la priorización y concentración dentro del sector, incrementado de esta manera la calidad y eficacia de la ayuda de la Agencia destinada a salud. Los objetivos establecidos en el encargo de la evaluación recogen el carácter estratégico del instrumento:

- O1. Valorar el PAS-SALUD como instrumento de planificación y priorización estratégica y presupuestaria del sector salud en la AECID.

- O2. Analizar el grado de articulación, operacionalización y consecución de las líneas estratégicas y acciones prioritarias definidas en el PAS-SALUD en el período 2011-2012 identificando orientaciones, limitaciones y logros alcanzados.
- O3. Analizar el papel del PAS-SALUD en la coordinación de la AECID con otros actores de la Cooperación Española, a nivel internacional, así como el nivel de alineamiento con los procedimientos de los países socios.

El alcance temporal de la evaluación abarca el período comprendido entre 2010 y 2013, aunque para aspectos concretos de análisis también se ha considerado el año 2009 por ser el año donde se inició el proceso del diseño del PAS-SALUD con el desarrollo previo de un diagnóstico.

Respecto al tipo de evaluación, se trata de una *evaluación sumativa externa* que demanda un balance sobre logros, aciertos y desafíos del diseño y la implementación del PAS-SALUD como instrumento de planificación estratégico-operativo. Asimismo, es relevante señalar también la *finalidad formativa* que subyace en el ejercicio evaluativo propuesto, al requerir la generación de insumos que apoyen: i) la mejora de la eficacia de los PAS, como instrumento genérico de planificación en el ámbito sectorial; ii) la actualización del diseño y la propuesta de implementación y seguimiento de un posible segundo PAS-SALUD en el actual contexto de la Cooperación Española.

En consonancia con lo anterior, el ejercicio evaluativo ha tenido una triple finalidad:

- *Ilustrar las acciones futuras.* Contribuir al proceso de toma de decisiones dentro del sector salud de la AECID, permitiendo extraer conclusiones y recomendaciones específicas que alimenten el proceso de actualización e implementación de un posible nuevo PAS-SALUD.
- *Rendición de cuentas.* Fortalecer el proceso de rendición de cuentas del PAS-SALUD como instrumento de planificación estratégica sectorial dando cuenta de los logros y resultados alcanzados, así como el déficit y limitaciones en relación a lo planificado.
- *Retroalimentación.* Identificar posibles lecciones aprendidas y factores limitantes así como generar insumos que permitan mejorar la eficacia y la

consolidación de los PAS como instrumento de planificación y priorización estratégica sectorial de la AECID.

Los objetivos y la finalidad de la evaluación han estado estrechamente relacionados con las expectativas de uso y utilidad que la AECID tiene prevista para sus resultados. Esto ha otorgado a la demanda de evaluación un **enfoque orientado a la utilidad**, eminentemente práctico y adaptado a las necesidades de los potenciales usuarios/as en la AECID y al contexto en el cual las recomendaciones deberán ser implementadas.

Junto al **enfoque de utilidad**, los requerimientos fijados en el encargo han hecho también la evaluación compatible con un **enfoque sistémico** que facilitara el análisis y la comprensión de los aspectos establecidos en él. La evaluación ha pretendido realizar un análisis crítico del *diseño* del PAS-SALUD, de los procesos habilitados durante su implementación, los *resultados* alcanzados y de la *estructura* que ha sustentado su ejecución.

1.3. Ficha metodológica

Este apartado incluye una síntesis de los principales elementos metodológicos de la propuesta evaluativa con el fin de permitir al lector/a conocer el modo en el que se ha llegado a los resultados, conclusiones y recomendaciones que presenta el informe. Las decisiones metodológicas recogidas en este apartado se han tomado teniendo en cuenta: (1) las características del PAS-SALUD como objeto evaluado y los objetivos de la evaluación, (2) las condiciones de evaluabilidad del instrumento y (3) los enfoques y técnicas posibles dados los recursos existentes.

Los requerimientos del encargo evaluativo se han estructurado bajo tres preguntas que han organizado el proceso de indagación, análisis e interpretación de los resultados. Se recoge a continuación cómo estas preguntas se relacionan con los objetivos y los criterios establecidos en los TdR:

P1. ¿El PAS-SALUD ha resultado un instrumento útil para la planificación estratégico-operativa del contenido sectorial en salud en la AECID? Fortalezas y limitaciones.

Recoge el O1 del encargo y responde a los criterios de *relevancia*, *coherencia* y *consistencia interna* referidos a la dimensión de diseño y al criterio de *eficacia* de la dimensión de resultados para el análisis del PAS-SALUD como instrumento estratégico de planificación del sector salud de la AECID. Asimismo, se introduce aquí el análisis de la *concentración* y los *instrumentos* para valorar la influencia del PAS-SALUD en las decisiones presupuestarias y en las vías de canalización de la ayuda.

P2. ¿El PAS-SALUD ha resultado un instrumento útil para fortalecer procesos de coordinación en salud con actores socios para el desarrollo, incluyendo a los países socios? Fortalezas y limitaciones del instrumento.

Da respuesta al O3 centrándose en el criterio de *coordinación* de la dimensión de proceso para valorar el grado de influencia del PAS-SALUD en la coordinación interna de la institución y de ésta con otros actores sectoriales. Se recoge también bajo esta pregunta el criterio de *transversalización de salud* por el papel que juega la coordinación en la incorporación horizontal de la salud en otras actuaciones y sectores no sanitarios de la AECID.

P3. ¿Cuáles han sido los logros y las limitaciones en la implementación del contenido del PAS-SALUD? Factores obstaculizadores y favorecedores.

Responde al O2 y se relaciona con el criterio de *eficacia* de la dimensión de resultados para atender el tipo de avances y logros sobre lo previsto inicialmente por el PAS-SALUD en sus tres líneas estratégicas. Asimismo, se atiende la dimensión de estructura por su relevancia a la hora de valorar adecuadamente, tanto los logros y limitaciones de la implementación del instrumento, como el grado de sostenibilidad de los logros alcanzados.

Para dar respuesta a estas preguntas, se ha utilizado un método mixto de trabajo, haciendo un uso *ad hoc* de distintas técnicas de recogida de información tanto de metodología cuantitativa como cualitativa, según se muestra el cuadro 1.

Se ha realizado una revisión documental en la que se ha incluido un volumen considerable de documentos provenientes de múltiples fuentes para poder suplir el

Cuadro 1. Síntesis de técnicas utilizadas durante el proceso evaluativo

Dimensión/Criterios según el encargo de la evaluación	Técnicas de recopilación de información	
	Cualitativas	Cuantitativas
Diseño/Coherencia	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas Grupo de discusión	
Diseño/Relevancia	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas	
Diseño/Consistencia Interna	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas Grupo de discusión	
Proceso/Concentración	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas	Encuesta <i>on line</i> - tratamiento estadístico Explotación base de datos: SGCID (Seguimiento PACI), Unidades AECID.
Proceso/Instrumentos	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas	Encuesta <i>on line</i> - tratamiento estadístico Explotación base de datos: SGCID (Seguimiento PACI), Unidades AECID.
Proceso/Coordinación	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas Grupo de discusión	Encuesta <i>on line</i> - tratamiento estadístico.
Proceso/Transversalidad	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas Grupo de discusión	
Resultado/Eficacia	Revisión documental; Entrevistas semi-estructuradas Grupo de discusión	Encuesta <i>on line</i> - tratamiento estadístico Explotación base de datos: SGCID (Seguimiento PACI), Unidades AECID.
Estructura/Sostenibilidad	Revisión documental Entrevistas semi-estructuradas Grupo de discusión	

déficit en el seguimiento del PAS-SALUD y en información sistematizada referida directamente a su contenido y a su implementación¹. De manera general, la documentación revisada se clasifica de la siguiente manera:

- Documentos políticos y estratégicos que definen el marco rector de la Cooperación Española y los lineamientos estratégicos del sector relacionados con compromisos y consensos internacionales asumidos por España, así como documentación referida a este marco elaborada por diferentes agentes especializados en salud, entre ellos sociedad civil.
- Documentos vinculados a la planificación estratégica-operativa de la AECID a diferentes niveles; planificación geográfica (MAP y programación operativa)

e información referida a los distintos instrumentos de ejecución de la AOD de salud.

- Documentación relacionada con la implementación del PAS-SALUD en sus diferentes niveles de abordaje y áreas de incidencia (global, nacional, internacional y operativación en los países), así como productos de su implementación (guías, redes de armonización, red de expertos, etc.)
- Datos e información presupuestaria sobre planificaciones, asignaciones y desembolsos de la AOD de salud facilitada por diferentes fuentes.

Con el fin de recoger las percepciones y conocer el discurso de los principales actores vinculados de manera significativa con el PAS-SALUD se han realizado **entrevistas semi-estructuradas² y grupos de discusión**. En total han participado 44 personas de

¹ Véase Anexo 7 sobre las fuentes secundarias consultadas.

² Véase Anexo 7 sobre las fuentes primarias consultadas.

distintos perfiles siendo este número superior al inicialmente planificado. Concretamente, se han realizado:

- Un total de 35 *entrevistas individuales* pensadas en este formato por el perfil del informante y el tipo de información específica que se pretendía obtener. Las entrevistas se realizaron a personal de la Cooperación Española en sede, a personal expatriado vía *Skype*, así como a informantes clave en instituciones internacionales (Naciones Unidas y Comisión Europea).
- Tres *grupos de discusión* donde han participado un total de 15 personas, algunas de ellas también entrevistadas individualmente. Estos grupos fueron: i) uno con miembros integrantes de la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española; ii) uno con personal del Área de Salud de AECID, y; iii) uno con jefes/as de las Unidades Sectoriales de la AECID.
- Asimismo, se desarrolló un taller con el objetivo específico de explorar la teoría del programa del PAS-SALUD. En él participaron un total de 7 personas: personal directivo y técnico, que compartieron y debatieron sobre la historia del diseño y de la implementación del instrumento.

Dentro de la recogida de datos de fuentes primarias, se aplicaron también 2 **cuestionarios telemáticos**³. El primero de ellos se dirigió a los y las integrantes actuales de la Red de Expertos/as de Salud en las OTC y se obtuvo respuesta de 23 de las 47 personas a quienes se les envió la encuesta. El segundo cuestionario se remitió a la totalidad de los/as coordinadores/as de las OTC de los países que habían participado en algún proceso de planificación estratégica y/o programación operativa a nivel país, y se obtuvo respuesta de 10 de las 26 personas a las que fue enviado.

Es importante también destacar la explotación realizada de las **bases de datos** facilitadas por AECID, por la Unidad de Estadística de SGCID y de la información cuantitativa accesible a través del sistema info@OD de la Cooperación Española. Asimismo, el Departamento de Cooperación Multilateral, el Departamento de ONGD y la Unidad de Ayuda Programática de la AECID, junto con las bases de datos del Seguimiento del PACI, han supuesto igualmente una fuente clave de información para la evaluación. La

explotación y el análisis de las mismas se realizaron en función de las necesidades de la evaluación y de las hipótesis que el equipo evaluador veía posible verificar o refutar a través de ellas.

Junto al método mixto, se ha llevado a cabo una adecuada **triangulación** de los datos de análisis con el fin de contribuir a verificar, corregir y correlacionar la información obtenida desde diversas fuentes para obtener una imagen más completa de la contribución e influencia del PAS-SALUD en los aspectos sujetos a valoración en esta evaluación.

Por último, se ha considerado importante incluir en este apartado metodológico los **condicionantes y limitantes** de la evaluación, así como el abordaje de las limitaciones propuesto por el equipo evaluador para mitigar, tanto como ha sido posible, sus efectos.

- El PAS-SALUD presentaba una **baja evaluabilidad** ya identificada durante la fase de diseño de la evaluación y confirmada durante el trabajo de campo. El tipo de información disponible para valorar la implementación y los avances del instrumento era limitada debido a la falta de seguimiento y al bajo registro documental disponible sobre su ejecución. Gran parte de la información posible de recabar era recogida solo por aquellas personas que habían participado en las diferentes actuaciones y procesos propuestos desde el PAS-SALUD. Este condicionante hizo que parte de los insumos requeridos por la evaluación estuvieran sujetos a la voluntad e interés de estos actores de participar en la evaluación y de la valoración personal que tuvieran de estas actuaciones. Por otro lado, cuando la información ha estado disponible, se pudo constatar la desigual calidad y la alta fragmentación de la misma por diferentes puntos de corte (unidades geográficas, instrumentos, responsables de instrumentos, países) y los formatos heterogéneos y personalizados en función de aquellos aspectos sobre los que cada uno de estos actores está sujeto a una rendición de cuentas, hecho que dificultó también las posibilidades de realizar un adecuado cruce y contraste de los datos y la información disponible. Con el fin de paliar en la medida de lo posible este limitante, se realizó una consulta extensiva a informantes clave de la evaluación y se amplió la base

³ Véase Anexo 5 sobre los cuestionarios aplicados.

de documentos a revisar para comprender no solo el PAS-SALUD, sino también el contexto donde éste se ha implementado con el fin de identificar todo aquello que ha tenido influencia en la implementación del PAS-SALUD así como todo aquello en lo que el PAS-SALUD ha podido influir.

Asimismo, se han identificado incoherencias y discrepancias entre los datos cuantitativos facilitados por las diferentes fuentes, principalmente debidas a la heterogeneidad en el tratamiento de los datos y a los registros personalizados de información a los que ya se ha hecho referencia. Solo el Seguimiento del PACI, que presenta los datos oficiales, ofrece una información homogénea y comparable. En algunas ocasiones se han utilizado otras fuentes de datos (ONGD, Ayuda programática y Multilaterales) para hacer un uso *ad hoc* según los requerimientos de la evaluación. En todos los casos, el informe identifica la fuente de procedencia de los datos y, si se ha entendido necesario, los aspectos metodológicos que acompañan a algunos datos concretos. Por ese motivo, y aún priorizando la fuente oficial, se han utilizado otras fuentes de datos (ONGD, Ayuda programática y Multilaterales) para hacer un uso *ad hoc* según los requerimientos de la evaluación. En todos los casos, el informe identifica la fuente de procedencia de los datos y, si se ha entendido necesario, los aspectos metodológicos que acompañan a algunos datos concretos.

Es importante mencionar que los datos del Seguimiento del PACI para el 2013 no han estado disponibles en el momento de la recopilación de la información para la evaluación, lo que ha supuesto un limitante para el alcance de la evaluación (2010-2013). Por este motivo, el equipo evaluador decidió incluir algunos datos del año 2009, utilizando este primer año como medida de contraste para el periodo 2010-2012.

- El PAS-SALUD no ha contado con un seguimiento ni con un proceso de recogida y tratamiento de la información vinculada a su propuesta de actuación. No se ha contado con información estructurada por las líneas estratégicas y de acción del PAS-SALUD para valorar el alcance previsto durante su implementación, cómo se ha desarrollado su gestión o cuál ha sido la evolución en su desempeño. Esta

brecha en el ciclo natural de gestión de un instrumento (falta de seguimiento) ha dificultado el proceso evaluativo e incrementado considerablemente el tiempo para el trabajo de campo previsto inicialmente en los TdR. El equipo evaluador destinó una parte importante del ya acotado tiempo de la evaluación, para indagar, recopilar y ordenar una información que, a juicio del equipo, podría haberse anticipado a la propia evaluación, ya fuera preparando las condiciones de evaluabilidad del PAS-SALUD, o previendo en los TdR esta inversión de tiempo inicial. Este déficit ha determinado que se acotara el análisis sobre los avances y logros del PAS-SALUD principalmente a su contribución a alcanzar las señas de identidad que caracterizaría el enfoque sectorial de la Agencia en salud. Por lo tanto, la mirada que ofrece esta evaluación es más de conjunto y apoyada en aquellos aspectos estratégicos y que se han identificado como más significativos y factibles de ser evaluados en el tiempo y con los recursos disponibles.

La información sobre la implementación del PAS-SALUD en terreno ha sido un reto por la falta de seguimiento y por coincidir la vigencia del instrumento con un periodo donde tampoco el seguimiento de los MAP y las programaciones operativas estaba aún establecido. Asimismo, desde las unidades geográficas no se identificaba documentación con información sectorial de salud procedente de terreno lo que obligó a utilizar una estrategia de recogida de información emergente, la técnica de la *bola de nieve*, en la identificación de documentación adicional pertinente y que, no en todos los casos, ha resultado ser información útil para los objetivos de la evaluación.

- Entre los criterios sujetos a análisis indicados por los TdR se encontraba la **consistencia interna** del instrumento, donde se solicitaba una valoración de la posible teoría de cambio que subyacía en el diseño del PAS-SALUD dentro de una lógica causal que concatenara los diferentes elementos que se desprendiesen de esa teoría⁴. El fundamento y la propia elaboración del instrumento⁵ limitó la posibilidad de valorar este criterio bajo la óptica requerida en los TdR, es decir, como una *teoría de cambio proyectable*⁶. En el PAS-SALUD no se identifica

4 Véase TdR, criterio de "consistencia interna", pág. 6.

5 Véase epígrafe 3.1.1. sobre la consistencia interna del PAS-SALUD.

6 Retolaza, I. (2010) Teoría de Cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. UNDP, Guatemala. pág. 5

una cadena lógica causal donde se ligen y se secuencien las actividades propuestas con resultados esperados y éstos a los objetivos últimos a los que responde el instrumento.

Para abordar esta limitación y dar cumplimiento a los requerimientos de los TdR se planteó realizar un taller sobre la teoría del programa del PAS-SALUD. Sin embargo, esta dinámica se vio limitada en su potencialidad para perfilar la teoría de cambio desde una *aproximación transformativa*⁷ por la ausencia del personal técnico y directivo directamente vinculado al diseño y a la implementación del PAS-SALUD. Este hecho limitó el ejercicio a una dinámica de grupo de discusión que proporcionó valiosos insumos a la evaluación, pero que no permitió dentro del mismo taller generar información relevante para diagramar la teoría de cambio del instrumento desde los supuestos de cambio que fundamentaron el diseño del PAS-SALUD, el tipo de cambio que buscaba promover y sobre qué patrones y elementos institucionales se planteaba actuar y en qué orden.

- El trabajo de campo de la evaluación se desarrolló en un contexto no propicio por coincidir con: (i) la ausencia del gestor del PAS-SALUD durante la mayor parte del trabajo de campo, actor clave tanto como fuente de información estructurada como facilitador dentro de la institución tanto para la interlocución con las distintas unidades de AECID, como para posibilitar orientaciones al equipo evaluador sobre la identificación y recogida de información pertinente para los objetivos de la evaluación:

(ii) la baja implicación y disposición de algunos informantes clave de la evaluación a colaborar con el proceso evaluativo; y, (iii) la imposibilidad tras varios intentos de compatibilizar agendas entre las personas convocadas a los grupos de discusión para asegurar una participación representativa en la aplicación de esta técnica.

Los grupos de discusión eran claves en la metodología propuesta por el equipo evaluador para optimizar el tiempo limitado de la evaluación y lo ambicioso del trabajo de campo y pretendían recopilar información ya contrastada en la propia dinámica mediante la interacción de informantes de diferentes perfiles y sobre aspectos fundamentales para la comprensión de la ejecución del PAS-SALUD y sus retos institucionales. La dificultad a la hora de convocarlos durante el trabajo de campo por la coincidencia con múltiples actividades de las personas convocadas -aprobación de los convenios en el caso de la ONGD y posterior reformulación, salidas a terreno de los actores, etc.-, fue un factor clave que determinó: i) incrementar considerablemente el número de entrevistas individuales inicialmente previstas por el equipo evaluador para poder suplir los déficit de información ya mencionados; ii) desarrollar grupos de discusión con una baja representatividad; y iii) impedir la realización de otros grupos de discusión previstos. En este último caso, destaca el hecho de no haber podido contar con el personal técnico en terreno que participó en la elaboración de los tres MAP y priorizaron salud dentro de la vigencia del PAS-SALUD.

⁷ *Ibidem*.



2. Descripción del objeto de evaluación

2 Descripción del objeto de evaluación

2.1. Antecedentes y contexto

Hasta 2007, el diseño de la estructura de la AECID contaba con dos direcciones geográficas y una temática. A partir de ese año, en el marco de la reforma de la organización con la aprobación de su Estatuto¹, la Agencia decide potenciar su vertiente sectorial e instrumental creando, junto a otras nuevas unidades, la Dirección de Cooperación Sectorial y Multilateral (DCSM) con competencias en la definición de políticas sectoriales y en la gestión de varios instrumentos de ayuda². Dentro de esta Dirección se inscribió el Departamento de Cooperación Sectorial³ (DCS), unidad encargada de desarrollar la visión sectorial dentro de las funciones generales de la DCSM. La

AECID había sido una organización con una estructura eminentemente geográfica, con trayectoria de trabajo y especialización sectorial, sobre todo en terreno, y con un menor desarrollo en sede de la visión sectorial especializada. Con el Departamento de Cooperación Sectorial la institución se dotó de una unidad que le permitía ofrecer un tratamiento sectorial a los temas de cooperación y acercarse al modelo de organigrama de otras agencias de cooperación de los Estados Miembros de la UE que ya contaban con una instancia responsable de dar dirección en esta materia.

Con el fin de cumplir con su mandato en la definición de políticas sectoriales, y a través del Departamento

Figura 1. Planteamiento del enfoque sectorial en la AECID



Fuente: Presentación sobre los PAS realizadas Departamento de Cooperación Sectorial y de Género (abril 2010)

1 Real Decreto 1403/2007 del 26 de octubre.

2 La Dirección de Cooperación Sectorial y Multilateral (actual Dirección de Cooperación Sectorial y Financiera) tiene la función de fomentar, gestionar y ejecutar las políticas públicas de cooperación internacional para el desarrollo en el ámbito sectorial, multilateral y asegurar la concertación de las políticas de desarrollo sectoriales con otras agencias multilaterales, especialmente en el ámbito de la Unión Europea y del Sistema de Naciones Unidas, en coordinación estrecha con los órganos competentes del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, así como representar a la AECID en las relaciones que sobre la materia se establezcan con los distintos departamentos ministeriales.

3 Este Departamento se crea en el año 2008 con el nombre de Departamento de Cooperación Sectorial y de Género. En 2012 pasó a denominarse Departamento de Cooperación Sectorial, nombre con el que se le conoce actualmente.

de Cooperación Sectorial, la DCSM puso en marcha un proceso denominado **fortalecimiento del enfoque sectorial** (figura 1). El enfoque sectorial es parte de las estrategias propuestas por la comunidad de donantes para profundizar en la **concentración sectorial**, la reducción de la fragmentación de la ayuda y el aumento de la **coherencia en las actuaciones sectoriales**, todos ellos aspectos relevantes en la Agenda de la Eficacia para la mejora de la calidad y el impacto de la ayuda. Uno de los principales motores de cambio para el impulso de este enfoque en la Agencia está relacionado con la *rendición de cuentas* hacia la comunidad de donantes sobre los compromisos encaminados a la concentración sectorial. Estos compromisos, presentes en la *Declaración de París* (2005), el *Código de conducta de la UE* (2007), el *Grupo de Trabajo sobre la Eficacia de la Ayuda* y los *Principios de División del Trabajo* (OCDE, 2009), fueron integrados en el acervo de la Agencia por medio del III Plan Director (III PD), el Estatuto de la AECID y el Contrato de Gestión, incorporando con ello la concentración sectorial de la ayuda como un elemento estratégico de la actuación de AECID.

La Agencia abordó este elemento estratégico con distintas iniciativas. Junto a la creación del Departamento de Cooperación Sectorial dentro de su estructura orgánica, la AECID promovió también el **diálogo sectorial con otros actores** a través de las Mesas de Armonización y las Redes de Expertos/as sectoriales

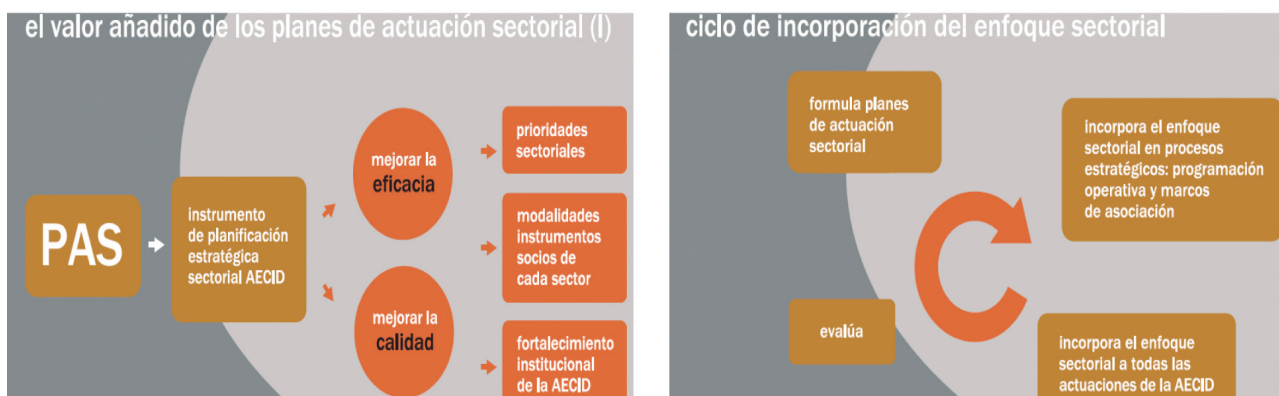
y desarrolló los Planes de Actuación Sectorial como instrumentos estratégicos para promover el fortalecimiento del enfoque sectorial en la Agencia y cohesionar los elementos necesarios para integrarlo en las acciones y procesos estratégicos de la organización.

Las Mesas de Armonización Sectorial fueron concebidas como espacios de encuentro donde participarían diferentes actores especializados dentro de cada sector. Las Mesas tenían como objetivo avanzar hacia la especialización sectorial aprovechando el valor añadido de los actores de la Cooperación Española y buscar la complementariedad entre actores y actuaciones sectoriales.

Las Redes de Expertos/as se pensaron como un instrumento vinculado al fortalecimiento del enfoque sectorial a través de la promoción de la gestión del conocimiento especializado en cada uno de los sectores. Con una estructura horizontal de trabajo, involucrando principalmente a personal de terreno, las redes pretendían construir canales desde donde contribuir y participar en las decisiones de la organización, tanto en los procesos estratégicos como en la gestión del ciclo de intervenciones, aportando el conocimiento complementario y diferenciado que se genera desde la experiencia en terreno.

Previstos ya en el I Contrato de Gestión⁴, los PAS fueron pensados por la Dirección de Cooperación Sectorial

Figura 2. Los PAS como instrumento para el fortalecimiento e integración del enfoque sectorial en la AECID



Fuente: Presentación sobre los PAS realizadas Departamento de Cooperación Sectorial y de Género (abril 2010)

4 El Contrato de Gestión (2009) Objetivo estratégico 4. Garantizar una programación operativa en cada unidad dentro del marco del Plan Director de la cooperación española y de los documentos de estrategia geográfica y sectorial. Objetivo Específico 4.33. La AECID pondrá en marcha las divisiones que conforman el Departamento Sectorial y de Género. Actuación 4.33.2. La AECID pondrá en marcha la División de Cooperación Medio ambiente y Servicios Sociales con la elaboración de los correspondientes diagnósticos y planes de actuación.

y Multilateral como instrumentos estratégicos y operativos para la Agencia que, vinculados al III Plan Director, albergaran la planificación estratégica de cada sector para fortalecer el enfoque sectorial en AECID, incorporando el enfoque sectorial en los procesos estratégicos (Programación Operativa y MAP) y en todas sus actuaciones (figura 2). Con ellos, se pretendía avanzar hacia la mejora de la eficacia y la calidad de la ayuda proporcionada por la Agencia, orientando el proceso de concentración sectorial, ofreciendo un tratamiento sectorial especializado a temas de cooperación y haciendo operativo el mandato de la DCSM de definir y orientar la planificación estratégica sectorial de la Agencia en sus distintos niveles de actuación desde un posicionamiento institucional definido. Los PAS se realizaron en aquellos sectores considerados prioritarios en ese momento para la Agencia: educación, salud, agua, gobernabilidad, género y seguridad alimentaria.

2.2. El Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013

El PAS-SALUD tenía por objeto aumentar la calidad y eficacia de la AECID en la reducción de la pobreza y avanzar hacia el derecho a la salud, mejorando la coherencia entre el plano estratégico de la Cooperación Española (III Plan Director y Estrategia Sectorial de Salud) y el plano operativo de las actuaciones de AECID en el sector salud. El PAS-SALUD se alineaba con los objetivos estratégicos recogidos en el III Plan Director para mejorar la eficacia de la ayuda en salud y recoge las líneas estratégicas y las pautas de actuación establecidas en la Estrategia de Salud de la Cooperación Española (en adelante, Estrategia).

Con el PAS-SALUD, la AECID buscó incorporar en sus actuaciones el enfoque sectorial de salud apuntando hacia la coherencia institucional de la organización dentro del sector, así como a la mejora de la eficacia profundizando en la concentración subsectorial y la reducción de la fragmentación de la ayuda en salud. Hasta ese momento, y de modo sintético, la visión sectorial de salud en la AECID había transitado por varios estadios

En sus inicios, la propia estructura y el tipo de intervenciones de la entonces AECL propició un **enfoque**

geográfico de la cooperación en salud, primero con proyectos en países y, posteriormente, llevando a cabo iniciativas regionales como el Programa VITA en África y el Programa de Cooperación Regional con Centroamérica en su línea de salud bajo la responsabilidad y gestión directa de la unidad geográfica de la Agencia. En esta etapa, se desarrolló una visión acotada del trabajo en salud a través de proyectos con poca vinculación entre ellos y centrados solamente en determinados aspectos de la salud y/o en determinadas poblaciones. En este periodo se inicia el trabajo en salud con poblaciones indígenas y la línea de salud de las mujeres que son los inicios de la incorporación del enfoque de género en salud.

Con la Declaración de Paris y la definición del marco de la Eficacia y la Calidad de la Ayuda, coincidiendo con los años de incremento de la AOD española, la AECID mantiene un **enfoque instrumental** de la cooperación en salud poniendo el énfasis en la modalidad de la ayuda y en los instrumentos que se consideraban más eficaces para canalizar recursos al sector. Este contexto favorece el impulso de la modalidad multilateral para canalizar la ayuda en salud de la AECID y, desde lo bilateral, la utilización de la ayuda programática.

En 2007, con la publicación de la Estrategia, la Cooperación Española estableció un marco sectorial de referencia destinado a mejorar la eficacia de la ayuda y la calidad de la cooperación en salud⁵. Este documento representó un importante esfuerzo de conceptualización y coherencia en el sector y un avance fundamental respecto a periodos anteriores donde se carecía de una referencia y de un horizonte común para todos los actores que cooperaban en salud. El PAS-SALUD operativiza para la Agencia la propuesta de la Estrategia recogida en el III Plan Director, proponiendo cómo articular el marco geográfico e instrumental con la propuesta sectorial e iniciando de esta manera la incorporación del enfoque sectorial de salud en la AECID. Asimismo, el PAS-SALUD se enmarca en los consensos y avances globales relacionados con la eficacia de la ayuda en salud, recogidos en el III Plan Director:

- Los principios de la Salud Global recogidos en la Comunicación "El papel de la UE en la Salud

⁵ En el año 2003 se publicó la primera Estrategia de Salud de la CE. Ésta no fue considerada un documento rector del sector con influencia ni repercusiones significativas en las actuaciones de los diferentes actores de la Cooperación Española.

Global" aprobado por el Consejo Europeo⁶ (en adelante, Comunicación).

- Una concepción incluyente del proceso de salud-enfermedad y que lleva a la práctica el enfoque de atención primaria integral de Alma Ata⁷ con énfasis en el acceso equitativo (geográfico y cultural) de todas las personas, así como en la importancia de participar en la planificación, organización y funcionamiento de la salud.
- Una visión intersectorial de la salud que promueve la implicación de los sectores no sanitarios para poder impactar positivamente en el estado de salud de las personas, una visión que se concreta en el enfoque Salud en Todas las Políticas⁸ (SETP).

La priorización de las líneas estratégicas del PAS-SALUD se realizó partiendo de las líneas recogidas en el III Plan Director, tomando como referencia el modelo de sistema de salud 4x4 en el que se basa la Comunicación, relacionando los cuatro principios básicos de la Resolución 62.12 de la AMS⁹, los cuatro pilares básicos de un sistema de salud (OMS), las cuatro prioridades de salud y los cuatro elementos del proceso de diseño e implementación de una Estrategia de Salud siguiendo los principios del Asociación Internacional para la Salud (IHP+).

Esta propuesta de priorización, junto a una metodología que establecía criterios comunes a todos los

sectores para la priorización¹⁰, dieron como resultado las tres líneas estratégicas priorizadas en el PAS-SALUD:

- La línea estratégica 1 "**Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos**" (LE-1) se centra en el fortalecimiento de las capacidades nacionales en los sistemas de salud, así como en garantizar una mayor previsibilidad, equidad y sostenibilidad de la financiación de los sistemas de salud, el apoyo al enfoque de atención primaria integral y el apoyo a la gestión del conocimiento e investigación. Esta línea se corresponde con los OE 1-4 y 6 del III Plan Director.
- La línea estratégica 2 "**Impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en el sistema de salud**" (LE-2) enfatiza el apoyo al acceso a los servicios integrales de salud (enfoque basado en la atención primaria en salud), a la mejora de la salud sexual y reproductiva y a la salud infantil a través de la atención integrada. El PAS-SALUD se complementa con el PAS de Género para el trabajo en torno a la violencia de género y los derechos sexuales y reproductivos, y con el PAS de Agua y el PAS de Desarrollo Rural y Lucha contra el Hambre para el abordaje complementario de la salud infantil y la nutrición. Esta línea se corresponde con el OE 5 del III Plan Director.

Cuadro 2. Modelo 4x4

Modelo de 4x4				
Proceso	Análisis participativo de la situación	Estrategia de Actuación, Paquete de cuidado básico de la salud por niveles de cuidado.	Planes de coste. Asignación presupuestaria	Monitorización/sistemas de información de Salud
Prioridades	Salud Infantil	Salud sexual y Reproductiva	Enfermedades Transmisibles	Enfermedades no transmisibles
Pilares	Infraestructura y logística	Recursos Humanos para la Salud	Sistemas de financiación de la Salud	Acceso a medicamentos
Principios	Derecho a la salud y participación comunitaria	Género	Igualdad	Multisectorial

Fuente: Plan de Actuación Sectorial de Salud

6 Comunicación de la Comisión al Consejo, el Parlamento Europeo, el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones. "El papel de la UE en la Salud Global, Bruselas, COM (2010) en <http://www.comsor.es/pdf/europa/322/322%20%20papel%20de%20la%20UE%20en%20la%20salud%20mundial.pdf>

7 Declaración de Alma Ata (1978) en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

8 Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las políticas (2010) http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

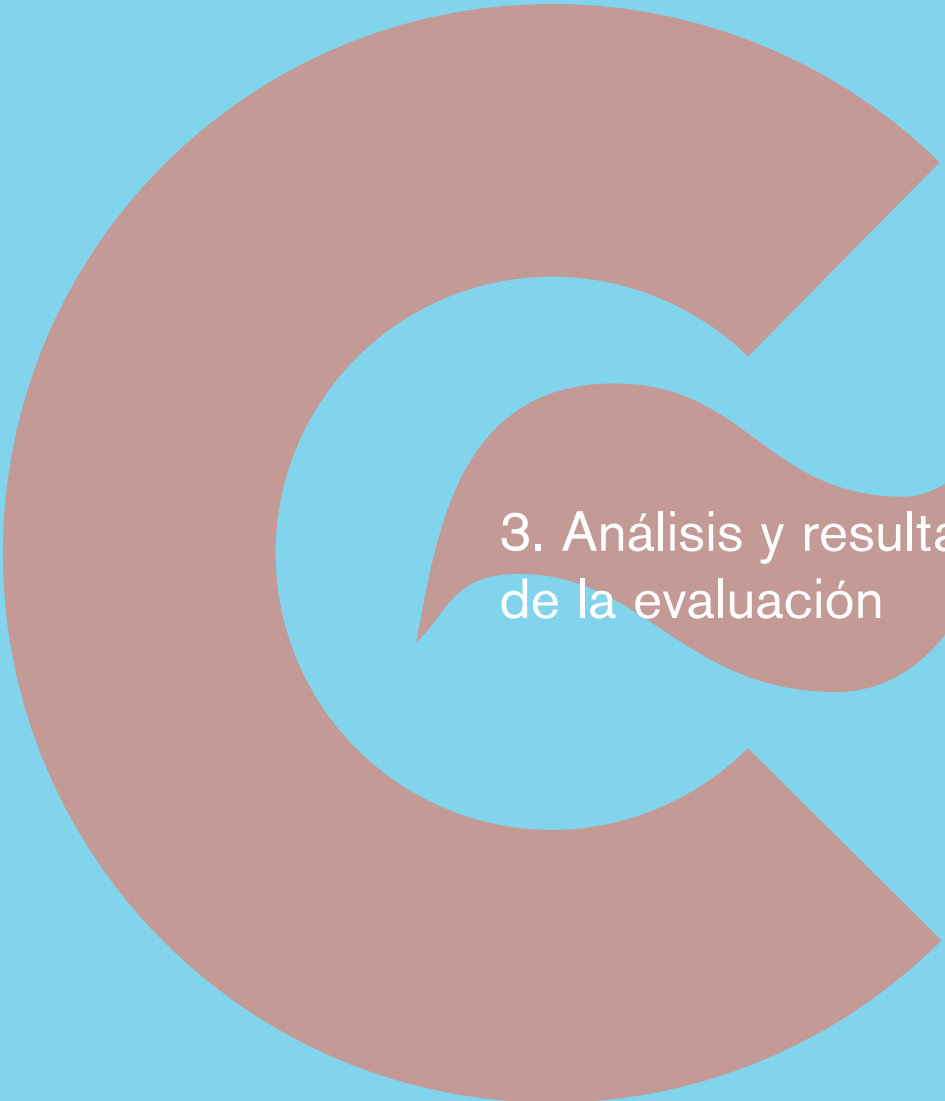
9 Resolución 62.12 de la AMS (2009) en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-sp.pdf

10 La metodología común establecida para la realización de todos los PAS recogía la aplicación de los siguientes criterios de priorización: coherencia, eficacia de la ayuda, capacidades de la AECID y oportunidades. Véase Figura 3.

- La línea estratégica 3 “**Fortalecimiento Institucional de AECID**” (LE-3) propone actuaciones a lo interno de la organización para conseguir el refuerzo institucional de la Agencia con la finalidad de asegurar el liderazgo necesario que le permita cumplir con los compromisos de la eficacia de la ayuda en salud. Para ello, junto al desarrollo de guías y protocolos, propone como instrumentos prioritarios la creación tanto de redes técnicas para la gestión del conocimiento que ahonden en la mejora de la calidad de la ayuda y el fortalecimiento de la capacidad técnica de la AECID en salud, como de espacios de coordinación y armonización que permitan generar sinergias con otros departamentos, sectores, instrumentos y modalidades.

A las líneas estratégicas que definen principalmente el contenido de la propuesta del PAS-SALUD, se suman otras características igualmente definitorias del instrumento como son:

- La propuesta técnica de priorización para la concentración a varios niveles orientada a la eficacia en el sector: a) a nivel subsectorial, partiendo de la priorización de las tres líneas estratégicas ya mencionadas y seleccionadas en base a unos criterios establecidos; b) a nivel geográfico, se realiza una propuesta de países donde trabajar en salud utilizando criterios establecidos por la Comisión Europea bajo el concepto de NWAP (necesidades, predisposición, ayuda y ejecución), por el III Plan Director para la selección de prioridades geográficas (indicadores de desarrollo, presencia y capacidad institucional de la Cooperación Española, Marcos de asociación posible en el país) y por la revisión de la programación operativa de los países que ya habían incluido un trabajo previo en el sector salud; c) a nivel de socios estratégicos, proponiendo socios en cada una de las líneas de acción en función de su especialización y valor añadido en una región o en un ámbito de actuación.
- Dota de relevancia al rol de coordinación y articulación entre los actores, tanto dentro de la AECID como con otros actores sectoriales a nivel nacional e internacional.
- Adopta la propuesta de trabajo intersectorial en salud al incorporar el enfoque de *SETP* y el enfoque de los *Determinantes Sociales de la Salud (DSS)*, visibilizando la necesaria implicación de sectores no sanitarios para impactar en el efectivo ejercicio del derecho a la salud.
- Incluye metas informales en su narración, identificadas como *señas de identidad* que, a pesar de no contar con indicadores, orientan la progresión esperada en sus líneas estratégicas. Asimismo, cuenta con una matriz explicativa con metas a alcanzar (en adelante, Matriz) que proporciona un *menú de opciones* para orientar sobre cómo la Agencia puede trabajar con mayor eficacia en el sector salud desde el posicionamiento institucional sectorial explicitado en el PAS-SALUD.



3. Análisis y resultados de la evaluación

3 Análisis y resultados de la evaluación

3.1. El PAS de Salud como instrumento de planificación estratégica-operativa sectorial de la AECID

Analizar la utilidad del PAS-SALUD como instrumento de planificación estratégico-operativa de la AECID para el sector salud implica, en primer lugar, valorar la pertinencia del instrumento estableciendo en qué grado su diseño ha atendido al marco rector que buscaba operativizar y si ha logrado dar respuesta a las necesidades identificadas en el diagnóstico que le antecedió. El epígrafe 3.1.1. analiza la adecuación del instrumento con relación a: (i) los enfoques, objetivos y ámbitos de actuación promovidos por el marco rector dentro del cual se desarrolló el PAS-SALUD, (ii) la relevancia del instrumento con respecto a los resultados del diagnóstico que fundamentaron su propuesta estratégica del enfoque sectorial en salud; y (iii) la capacidad operativa del diseño del instrumento para facilitar su implementación y posibilitar el seguimiento de su gestión y desempeño.

Posteriormente, se centra la atención en la capacidad del PAS-SALUD para influir y/u orientar el contenido sectorial en salud en los procesos institucionalizados de planificación de la Agencia. Para ello, la pertinencia del diseño del PAS-SALUD como instrumento de planificación estratégico-operativa se contrasta con la capacidad demostrada a la hora de influir en la planificación geográfica y asignación presupuestaria. El epígrafe 3.1.2. revisa y analiza las metodologías de planificación geográfica para conocer el espacio institucional que se ha reservado en ellas a los PAS en general. Aquí también se analizan los productos de las planificaciones geográficas para determinar la posible influencia del PAS-SALUD en las planificaciones con componentes de salud. Posteriormente,

en el epígrafe 3.1.3. se retoma la propuesta de concentración y el uso de instrumentos preferentes que propone el PAS-SALUD para la canalización de la ayuda al sector salud con el fin de valorar cuál ha sido su posible influencia en las decisiones presupuestarias de la Agencia. Para ello, se atienden los patrones de concentración entre los años 2010-2012 y el grado de acercamiento que presentan a las orientaciones contenidas en el PAS-SALUD.

3.1.1. Diseño del Instrumento

En este apartado se revisa la coherencia, relevancia y consistencia interna del instrumento para determinar la pertinencia general del diseño del PAS-SALUD y su capacidad operativa para ser implementado, y poder contribuir a los objetivos planificados.

Coherencia

Tras el análisis realizado, se han podido constatar los siguientes elementos de coherencia y alineación entre el PAS-SALUD y el marco rector del instrumento establecido por el III Plan Director y la Estrategia Sectorial de Salud.

- En relación al **marco general de actuación**, el PAS-SALUD retoma el marco establecido por la Estrategia y recogido en el III Plan Director centrado en la lucha contra la pobreza, la eficacia y la calidad de la ayuda y el avance hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud como prioridad institucional. Junto a la definición de las líneas estratégicas de actuación de la Agencia en salud, el PAS-SALUD avanza en la identificación de socios e instrumentos prioritarios, así como en posibles espacios de sinergia con otros socios para mejorar la eficacia y la

calidad de la ayuda en salud (“más AECID en salud y mejor salud en AECID”).

- En relación al **enfoque de salud**, el PAS-SALUD sigue la línea ya marcada en el III Plan Director, donde la salud es entendida como un derecho y un bien público global, y donde se alinea con los principios de la Declaración de Alma Ata, promoviendo sistemas basados en la atención primaria de salud y en los principios de equidad, acceso universal a los servicios de salud y en la participación comunitaria. El PAS-SALUD avanza hacia la línea de los DSS¹ solo apuntada en la Estrategia, e incorpora el enfoque de Salud Global tal cual es definido en la Comunicación².
- En relación al **objetivo estratégico**, el PAS-SALUD se alinea con el marco rector, coherente con avanzar hacia la mejora de la salud de la población, en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad desde un enfoque de derechos de forma que se contribuya a reducir la pobreza y fomentar el desarrollo humano sostenible; el PAS-SALUD retoma este contenido reforzando la necesidad de avanzar hacia el derecho a la salud en el marco del aumento de la calidad y la eficacia de la AECID en la reducción de la pobreza.
- En relación a las **líneas estratégicas**, el III Plan Director señalaba seis objetivos estratégicos y diecisiete líneas estratégicas para el sector salud. El PAS-SALUD tomando como referencia el modelo de sistemas de salud de 4x4, prioriza y organiza las líneas del III Plan Director en base a criterios comunes de priorización que fueron aplicados a todos los PAS y define de esta manera las tres líneas estratégicas del PAS-SALUD y las diez líneas de acción que se derivan de ellas.
- En relación a los **enfoques transversales**, el PAS-SALUD atiende la necesidad de considerar los enfoques transversales como premisa de trabajo dentro del sector e incorpora contenidos concretos vinculados a estos enfoques. Tanto el III Plan Director como la Estrategia recogen como prioridades estratégicas y transversales la lucha contra la pobreza, la defensa de los derechos humanos, la equidad de género, la sostenibilidad medioambiental y el respeto a la diversidad cultural. Con el PAS-SALUD

y la adopción del enfoque de DSS entre sus planteamientos de base, estos ejes pasan a ser factores que determinan la salud y sobre los que hay que actuar de modo sistémico, potenciando el trabajo intersectorial para lograr así cambios efectivos y sostenibles en el estado de salud de las personas. En este enfoque, género y medioambiente son determinantes sociales de la salud que deben atenderse en el análisis y la identificación de desigualdades, así como en las propuestas de actuación del sector para revertir inequidades en el disfrute del derecho a la salud.

- El enfoque de género y el enfoque basado en derechos (EBDH) están presentes además de como enfoque, en contenidos concretos dentro del PAS-SALUD. Entre los programas prioritarios de la LE-2, se incluye la salud sexual y reproductiva y se priorizan acciones establecidas como prioridades en el PAS de Género para promover el enfoque de derechos en salud, incluyendo la atención a la violencia sexual, el acceso a la planificación familiar e intervenciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, tales como la atención obstétrica básica de emergencia. El PAS-SALUD incorpora también el EBDH como forma de avanzar hacia el derecho a la salud. Desde el enfoque de derechos se promueve el fortalecimiento de los sistemas de salud como titulares de obligaciones para que puedan garantizar el derecho a la salud de toda la población y el empoderamiento de los titulares de derecho fomentando su participación en salud.
- En relación a la **intersectorialidad** en el trabajo en salud, y vinculado al punto anterior, el PAS-SALUD presenta una línea de continuidad con su marco rector. Ya en el III Plan Director se apuntaba a que el logro de los objetivos de desarrollo requería incidir en diferentes políticas públicas sectoriales y/o *áreas* de gestión en el país socio. Por su lado, la Estrategia concluía que el ejercicio efectivo del derecho a la salud requería de un enfoque multidisciplinario. El PAS-SALUD, recogiendo lo anterior y sumando el enfoque DSS, se alinea con la estrategia de SETP visibilizando la necesaria coordinación y articulación de la acción entre sectores –dentro y fuera de los servicios sociales básicos– para que,

1 Los determinantes de la salud aparecen en la Estrategia, pero no con el desarrollo que posteriormente tuvieron en el informe que elaboró la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) publicado con posterioridad a la Estrategia. Asimismo, la Resolución 62.14 *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*, también es posterior a la Estrategia, mayo de 2008.

2 Tomando como referencia la Comunicación, el término acuñado como Salud Global se refiere a la mejora de la salud en todo el mundo, a la reducción de las desigualdades y la protección frente a las amenazas sanitarias mundiales teniendo en cuenta que la salud se ve afectada por factores sociales, económicos y medioambientales los cuales, a su vez, están cada vez más afectados por la globalización.

de modo colaborativo, se compartan y se trabaje por objetivos que aseguren la salud y el bienestar de las personas.

- En relación a los **compromisos internacionales**, se han considerado dos tipos: por un lado, aquellos compromisos y consensos asumidos por la Cooperación Española en foros internacionales de políticas y consensos (ODM, Eficacia de la Ayuda, Código de Conducta UE, etc.) y, por otro lado, aquellos compromisos de apoyo y de trabajo establecidos con OMUDES y con instrumentos establecidos con anterioridad al PAS-SALUD (iniciativas globales, marcos estratégicos de asociación, Asociación Internacional para la Salud (IHP+), etc.).
- Con respecto al primer tipo, el PAS-SALUD incorpora los consensos de abordaje de la salud que son actualmente centrales en la doctrina internacional de salud: la Política de Salud Global de la UE, la Declaración de Adelaida de Salud en Todas las Políticas y la Resolución 62.12 de la AMS.
- Con respecto a los **instrumentos**, y en coherencia con las recomendaciones del diagnóstico y el III Plan Director, el diseño del PAS-SALUD incorpora el contenido en salud de los MAE y planteó a la Agencia el requerimiento de alinearse con los avances y consensos de trabajo de la comunidad de donantes para mejorar el impacto en la salud de las poblaciones en los países socios, como es el caso del IHP+. Esta iniciativa no solo la retoma el PAS-SALUD en su diseño, sino que la incorpora como el marco teórico de aproximación al sector para reducir el número de proyectos aislados de salud en

aras del fortalecimiento de los sistemas de salud y de la mejora de la eficacia y calidad de la ayuda.

Tras la revisión y el análisis de los principales documentos rectores de la Cooperación Española que influyen en el sector salud (III Plan Director y la Estrategia) se constata la coherencia entre la dimensión estratégica que representan las primeras y su concreción en el marco de actuación sectorial de salud de la AECID. En base a este nivel de coherencia, el PAS-SALUD supone una actualización y un avance de este marco rector que permite que su enfoque sectorial en salud se alinee con el marco doctrinal internacional posterior al III Plan Director y la Estrategia. Estos avances son: i) la operativización de las líneas del marco rector reorganizándolas bajo el modelo 4x4; ii) la introducción de un enfoque de salud armonizado con los acuerdos internacionales en Salud Global y sobre el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud; iii) el refuerzo de la idea de intersectorialidad con el enfoque de Salud en Todas las Políticas; iv) la concreción de las propuestas de eficacia y calidad de la ayuda contenidas en el III Plan Director (IHP+, aumento de la ayuda programática, orientaciones para la concentración sectorial y contribución de las iniciativas globales al fortalecimiento de los sistemas de salud); y, v) la promoción del alineamiento con el Marco Europeo bajo el marco de la Política de Salud Global-UE.

El cuadro 3 recoge una síntesis de los elementos de coherencia arriba recogidos, así como sobre los elementos de avance que incorpora este último en su diseño:

Cuadro 3: Adecuación del PAS-SALUD al marco rector de la Cooperación Española³

	Estrategia de Salud (2007)	III Plan Director (2009-2012)	PAS-SALUD (avances incorporados)	COHERENCIA
Marco de Actuación	Eficacia de la Ayuda, ODM y Fortalecimiento de los sistemas de salud	Eficacia de la Ayuda, ODM y Fortalecimiento de los sistemas de salud Reforma de la AECID	Priorización III Plan Director (Qué, cómo, dónde y con quien)	✓
Enfoque Salud	Salud como derecho y APS (Alma Ata)	Salud como derecho APS (Alma Ata)	DSS Salud Global Equidad en la salud y Acceso universal	✓
Objetivo Estratégico	Mejora de la salud	Mejora de la salud	Avanzar hacia el derecho a la salud	✓

³ "Después de tres años de vigencia del PAS-SALUD, la AECID se plantea realizar un ejercicio de actualización del mismo, que permita adaptar el nuevo documento a la realidad actual de la salud en la Cooperación Española, y que a la vez responda a las orientaciones del IV Plan Director de la Cooperación Española" TdR. pág. 4.

Cuadro 3: Adecuación del PAS-SALUD al marco rector de la Cooperación Española (cont.)

	Estrategia de Salud (2007)	III Plan Director (2009-2012)	PAS-SALUD (avances incorporados)	COHERENCIA
Líneas estratégicas	9 Líneas estratégicas	6 Objetivos estratégicos 16 líneas estratégicas	3 Líneas estratégicas 10 acciones prioritarias	✓
Prioridades transversales	Pobreza, DDHH, género, medioambiente	Pobreza, DDHH, género, medioambiente	DSS (género como un DSS) SETP	✓
Intersectorialidad	Necesidades sociales básicas Determinantes de la Salud Multisectorial	Objetivos de desarrollo	SETP	✓
Compromisos Internacionales	ODM, Eficacia de la Ayuda, Compromisos con OMUDES, GFATM IHP, CC-UE	ODM, Eficacia de la Ayuda, Compromisos con OMUDES, GFATM IHP, CC-UE	Política Salud Global UE Declaración de Adelaida de Salud Resolución 62.12 de la AMS	✓

Fuente: Elaboración propia

Dado que una de las finalidades de la evaluación era recabar insumos para la posible actualización del PAS-SALUD, se ha considerado pertinente analizar el grado de coherencia que presenta el instrumento con el actual marco rector de la Cooperación Española, el IV Plan Director así como los elementos susceptibles de ser actualizados para que el instrumento se enmarque y articule coherentemente con los rasgos característicos para el sector salud que imprime el actual marco rector (Cuadro 4).

- En relación al **marco de actuación**, el contenido del PAS-SALUD mantiene su pertinencia dada la importancia conferida en el IV Plan Director a la relación entre la eficacia y la calidad de la ayuda al sector y el fortalecimiento de los sistemas de salud como factor clave en el fomento de los sistemas de cohesión social. Sin embargo, el PAS-SALUD no presenta una definición sobre cuál es su valor añadido a la hora de contribuir a resultados de desarrollo desde enfoques multisectoriales que demandan un trabajo intersectorial. Asimismo, y vinculado a la importancia que el IV Plan Director confiere al enfoque de la gestión basada en resultados, el PAS-SALUD no fue diseñado bajo este enfoque ni cuenta con disposiciones sobre cómo proceder para el seguimiento de su gestión y desempeño.
- En relación al **enfoque de salud**, la propuesta del PAS-SALUD es coherente con el EBDH propuesto en el IV Plan Director que supone un marco de trabajo donde promover el ejercicio de este derecho. El PAS-SALUD está alineado con la doctrina internacional para el abordaje de la salud como un

derecho y que han surgido durante su período de implementación (Declaración de Río +20, Informe sobre salud en el mundo dedicado a investigaciones sobre cobertura universal, OMS, 2013)

- En relación a las **prioridades transversales**, y dado que el IV Plan Director mantiene una línea de continuidad con el III Plan Director a este respecto, la propuesta del PAS-SALUD sería coherente con el actual marco rector. Sin embargo, los enfoques DSS y SETP no cuentan con un adecuado desarrollo, ni en el PAS-SALUD ni en documentos complementarios, que permita distinguir cómo estas prioridades se materializan en la práctica del instrumento.
- En relación a los **instrumentos**, el IV Plan Director plantea un mayor énfasis en la cooperación técnica y amplía la aplicación del enfoque programático a todos los instrumentos. El PAS-SALUD recoge de modo genérico la cooperación técnica sin caracterizar el tipo de desarrollo preferente de este tipo de cooperación. Por otro lado, la importancia que el PAS-SALUD le confiere al apoyo programático está principalmente centrada en el apoyo presupuestario pero no se contempla su aplicación a otros instrumentos de cooperación.
- En relación a los **compromisos internacionales**, el PAS-SALUD incorporó en su momento el marco doctrinal internacional en salud dentro de su propuesta de enfoque sectorial, un marco que actuó como fundamentación del enfoque sectorial de salud de la Agencia. Este marco sigue vigente en el actual Plan Director y se recogen explícitamente en él (DSS, la Salud Global y la Eficacia de la Ayuda

Cuadro 4. Coherencia entre el IV Plan Director y el PAS-SALUD

	IV Plan Director	PAS-SALUD	Coherencia	Elementos sujetos a actualización
Marco de actuación en salud	Eficacia de la Ayuda con énfasis GpRD ODM Fomentar sistemas de cohesión social/SSB Énfasis en el componente multisectorial Fortalecimiento Sistemas de Salud y cobertura universal	Eficacia de la Ayuda ODM, Fortalecimiento Sistemas de Salud Concentración Transversalización del Salud en todas las Políticas	Alta	Enfoque GpRD Propuesta de seguimiento (o marco de revisión periódica) Propuesta de trabajo intersectorial/multisectorial
Enfoque Salud	EBDH-Salud como Derecho APS (Alma Ata) Salud Global DSS Equidad en salud	Salud como Derecho y APS (Alma Ata) Salud Global DSS R-62.2 de la AMS SETP Equidad en Salud	Alta	No procede actualización
Prioridades Transversales	Género Medio ambiente y cambio climático	DSS Salud en todas las políticas	Alta	Enfoque DSS en relación a las transversales de la Cooperación Española
Instrumentos priorizados	Enfoque programático sectorial IHP+ Formación y capacitación Iniciativa globales y regionales Grupos expertos UE Iniciativas de financiación innovadora	Enfoque programático sectorial IHP+ Iniciativa globales y regionales Grupos expertos UE	Elementos pendientes	Cooperación técnica Enfoque programático de aplicación a todos los instrumentos de cooperación.
Compromisos internacionales	Agenda Post 2015 Declaración Río+20 Alianza de Busan IHP+, CC-UE, CC-RRHH-UE Política SG-UE	ODM Eficacia de la Ayuda IHP+ CC-UE Política de SG-UE	Elementos pendientes	Debates a trasladar al contenido: Agenda Post 2015, Declaración Río+20, Alianza de Busan, CC-RRHH-UE

Fuente: *Elaboración propia*

(IHP), CC-RRHH-UE y CC-UE). No obstante, consensos y compromisos de trabajo acontecidos con posterioridad al PAS-SALUD (Agenda Post 2015, Declaración Río+20 o Alianza de Busan) están ausentes de su fundamentación y diseño.

Tras el contraste del PAS-SALUD con el actual Plan Director, se constata que existe un nivel significativo de coherencia que, sin embargo, no está exenta de elementos sujetos a actualización o a un mayor desarrollo para alinearse más fielmente con aspectos definitorios del sector salud bajo el prisma del IV Plan Director y la salud como ámbito clave de los sistemas de cohesión social. Los principales elementos identificados son: i) enfoque de gestión por resultados y propuesta de seguimiento acorde al mismo; ii) enfoque DSS en relación a los enfoques transversales de la Cooperación Española; iii) cooperación técnica y ampliación del enfoque programático a otros instrumentos en salud; iv) traslado de algunos acuerdos internacionales al cuerpo doctrinal del instrumento.

Relevancia

Con la revisión de los datos referidos a la relevancia del diseño en relación a las necesidades institucionales y demandas del sector, se identifica una relación de pertinencia entre los hallazgos del diagnóstico, sus recomendaciones y como éstas quedaron finalmente recogidas en el instrumento:

- Aspectos estratégicos: se propone en el diagnóstico y se recoge en el PAS-SALUD incrementar la presencia de AECID a nivel europeo (Salud Global-UE), incorporando como seña de identidad “más AECID en salud y mejor salud en AECID”, apostando por el fortalecimiento integral de los sistemas de salud para garantizar la calidad y equidad en las prestaciones sanitarias (más del 80% de la AOD en salud de AECID contribuirá al fortalecimiento de los sistemas de salud).
- Modalidades e instrumentos: se propone en el diagnóstico y se recoge en el PAS-SALUD priorizar el

apoyo presupuestario como instrumento de canalización de la ayuda al sector, privilegiando la modalidad bilateral para el fortalecimiento de los sistemas de salud, reduciendo las aportaciones multilaterales y, en coordinación con otros actores relevantes de la AGE, apoyar los procesos de reforma de la OMS con la participación en el Comité Ejecutivo y en la Asamblea de la OMS, favoreciendo las contribuciones al presupuesto general del organismo.

- Aspectos geográficos: se propone en el diagnóstico y se recoge en el PAS-SALUD concentrar geográficamente la actuación en salud con criterios claros y coherentes con la Estrategia; para ello, el PAS-SALUD propone aplicar criterios de equidad en la salud en la selección de países prioritarios y que finalmente conformaron un listado de países donde puede priorizarse el sector salud en base a la aplicación de tres tipos de criterios⁴.
- Socios y actores: se propone en el diagnóstico y se recoge en el PAS-SALUD concentrar las actuaciones en salud en socios especializados y promover la coordinación de actores de la Cooperación Española en salud. El PAS-SALUD identifica actores relevantes por cada línea de acción, la creación de Mesas de armonización de actores y el apoyo en los procesos de planificación geográfica de los países socios priorizados en salud.
- Organización y gestión: se propone en el diagnóstico y se recoge en el PAS-SALUD la promoción de recursos y capacidades técnicas en la AECID, la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, socios y actores y protocolizar procesos y procedimientos; la LE-3 del PAS-SALUD orientada al fortalecimiento institucional será la encargada de dar forma a esta recomendación (Plan de Formación, Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, elaboración de protocolos y Guía de Diálogo de políticas).

En relación a la selección de las líneas de acción del PAS-SALUD en base a la ventaja comparativa de la AECID, el equipo evaluador no ha contado con la información producida en el proceso de elaboración del PAS-SALUD y que determinó su selección. Sin embargo, la metodología utilizada para realizar esta selección así como la opinión de algunos informantes que participaron en el proceso, permite afirmar que **las líneas de acción priorizadas fueron fruto de**

una visión compartida por la institución sobre dónde se encontraban las fortalezas de la Agencia a la hora de cooperar en el sector salud:

- La definición de LE-1 y LE-2 y sus respectivas líneas de acción se realizaron a partir de un análisis DAFO de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, donde participó personal de sede y expertas en salud de las OTC. En este ejercicio se cruzaron los datos del diagnóstico y la experiencia institucional con cuatro criterios de priorización, comunes en la metodología de elaboración de todos los PAS. A partir de este ejercicio se definieron las acciones, las áreas geográficas prioritarias, los actores o socios recomendados, la posibilidad de coordinación con otros donantes y los instrumentos que se consideran idóneos para alcanzar los objetivos deseados
- Una vez analizada la información estratégica que recoge el III Plan Director, los resultados del DAFO se sintetizaron tomando como referencia el modelo de sistemas de salud del 4x4 en el que se basa la aproximación teórica de la UE a la Salud Global, haciendo una correspondencia con los objetivos y líneas del III Plan Director de mayor relevancia para la AECID para el periodo 2011-2013. Tras la elaboración del primer borrador se efectuó un taller de validación con las distintas unidades de la AECID y otros actores relevantes quedando sus comentarios y sugerencias reflejados en el documento final.
- La LE-3 es una derivación de los resultados del diagnóstico sobre los procesos y las prácticas institucionales relacionados con el sector, tanto en sede como en terreno, así como sobre la situación y la capacidad de la Agencia para abordar los desafíos del sector. Según consta en el Diagnóstico, la información que dio origen a esta LE parte de la realización de técnicas de grupo nominal, entrevistas semi-estructuradas y cuestionarios dirigidos a las personas responsables de salud de las OTC⁵.

Consistencia Interna

A partir del contraste de fuentes y técnicas, se constata que el PAS-SALUD presenta fisuras en su consistencia interna y debilidades en su capacidad operativa para optimizar su nivel de implementación y facilitar su seguimiento.

⁴ Estos criterios son aquellos establecidos por la Comisión Europea bajo el concepto de NWAP (necesidades, predisposición, ayuda y ejecución).

⁵ Diagnóstico sectorial de la ayuda de la AGE al sector salud (2009), págs. 22 y 23.

Figura 3. Definición de criterios comunes a todos los sectores para la selección de líneas de acción

CRITERIO	VARIABLE ANALIZADA
Coherencia con los objetivos de la cooperación española	
Impacto en reducción de la pobreza y la inequidad	<ul style="list-style-type: none"> Definiciones de pobreza Definición de equidad en salud
Contribución a los ODM	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos y metas ODM
Eficacia de la ayuda	
Concentración	<ul style="list-style-type: none"> % AQD respecto al total de al AOD española % de AOD en los 10 primeros países receptores
Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de diálogo de políticas de España en los países prioritarios y con sector salud prioritario
Capacidades	
Capacidad técnica-temática de la cooperación española	<ul style="list-style-type: none"> Peso de la cooperación bilateral (sin la multilateral) respecto al total Experiencia de trabajo de socios españoles Capacidad real de los socios españoles Capacidad de la propia AECID (en sede y OTC)
Oportunidades	
Compromisos unidos	<ul style="list-style-type: none"> Compromisos incluidos en programas sectoriales/regionales Compromisos multilaterales
Potencialidad nacional	<ul style="list-style-type: none"> Coherencia con recomendaciones del diagnóstico Línea de acción con ventaja comparativa para la Cooperación Española

Fuente: Plan de Actuación Sectorial de Salud.

El grado de inconsistencia interna es visible en las dificultades presentadas a la hora de identificar una teoría del cambio plausible del PAS-SALUD. Bajo la óptica requerida en los TdR, es decir como una *teoría de cambio proyectable*⁶, en su diseño no se identifica una lógica de intervención definida. Las diferentes actuaciones propuestas no se desarrollan dentro una lógica causal que concatene los diferentes elementos y de la que pueda desprenderse una teoría subyacente. La reconstrucción de la teoría de cambio plausible se vio dificultada por las siguientes razones:

- Como ya se ha indicado, el objetivo del PAS-SALUD y la metodología que se dispuso para su elaboración estuvieron orientados a la priorización de líneas estratégicas de actuación a partir de los objetivos y líneas de acción previamente definidos en el marco rector y para los cuales el PAS-SALUD propone una operativización *ad hoc* para la AECID, atendiendo a su marco de actuación y sus principales ventajas comparativas en el sector. Esta operativización

se construyó en base a dos necesidades institucionales identificadas en el diagnóstico y determinadas por el contexto político: i) sustentar un proceso racional de priorización subsectorial apoyado en criterios técnicos, dando cumplimiento al mandato político e internacional de concentrar sectorialmente; y ii) fortalecer las capacidades institucionales de la AECID para aplicar adecuadamente el enfoque sectorial. No se identifica una lógica de intervención definida que permita vincular ambas demandas a una cadena lógica causal donde se ligen y se secuencien las actividades propuestas con resultados esperados y éstos a los objetivos últimos a los que responde el PAS-SALUD.

- Si bien el diseño del instrumento de planificación no es programático, sí tiene una significativa orientación hacia la acción. No obstante, el PAS-SALUD no fue complementado con un plan de implementación del instrumento elaborado en base a su diseño más estratégico. En este sentido, el equipo evaluador no ha contado con los posibles insumos que aportaría un plan de este tipo para poder revisar

6 Retolaza, I. (2010) Teoría de Cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. UNDP, Guatemala. pág. 5.

a posteriori la teoría de cambio subyacente, su cadena causal y la idoneidad de los elementos que la conforman dentro de esta lógica.

- Las Líneas Estratégicas sobre las que se sustentaría la visión de cambio son amplias y a su vez contienen numerosas acciones sin una adecuada priorización entre ellas, ni secuenciación en la implementación para poder centrar la acción institucional. No se identifican con claridad cuáles son los elementos más estratégicos, cuáles deben abordarse en un primer lugar o en simultaneidad. El instrumento no cuenta con indicadores que permitan dar seguimiento a la implementación de estas Líneas Estratégicas.

Dentro del trabajo de campo, se trató de identificar la teoría de cambio desde una aproximación *transformativa*⁷, a partir de las entrevistas y el taller de teoría de programa. Esta aproximación presentó igualmente dificultades para reconocer una teoría de cambio plausible y mínimamente compartida entre los informantes de la evaluación. Las principales dificultades se encuentran en:

- Los hitos del PAS-SALUD (señas de identidad del enfoque sectorial en salud) dependen de una serie de condiciones que formaban parte de los supuestos de cambio del PAS-SALUD como instrumento de planificación (concentración sectorial y fortalecimiento institucional). Se identifican significativas alteraciones en estos supuestos, con cambios en el contexto político y económico, marco normativo y estructura institucional que funcionaron como un *a priori* para la implementación del PAS-SALUD y que posteriormente no se dieron. En el Taller se identificaron como supuestos la continuidad del proceso de cambio de la institución que suponía la reforma de la AECID, el incremento del nivel de AOD al sector, disponer de un presupuesto para el fortalecimiento institucional y sus capacidades técnicas, así como el apoyo político a la consolidación del enfoque sectorial de la Agencia. Otro supuesto era considerar los PAS, y en este sentido también el PAS-SALUD, como instrumentos transversales a la acción de la AECID para incidir en todos los procesos y actuaciones, influyendo en la estructura matricial de la Agencia.
- **No se identifica una única visión sobre el cambio deseado del PAS-SALUD que sea compartido por todos los informantes;** es decir, las

condiciones, relaciones y resultados a los que el instrumento debía contribuir con su implementación no son unívocos, sino que están influidos por las distintas visiones del instrumento que conviven en la institución, lo que conlleva diferentes implicaciones en la acción tal y como se ilustra en el cuadro 5. Los informantes identifican como posible causa explicativa de las diferentes visiones del instrumento la debilidad en la visión común institucional sobre qué es el enfoque sectorial en general, sobre cuáles son las funciones del Departamento de Cooperación Sectorial en el conjunto de la Agencia y la finalidad última de los PAS, incluido el PAS-SALUD.

Las diferentes visiones sobre el PAS-SALUD que conviven en la institución debilitan su consistencia interna, la coherencia y el consenso en su implementación. A continuación se describen las principales visiones identificadas sobre el PAS-SALUD y sus implicaciones:

- A. Como instrumento de planificación estratégica y fundamentado en la posición sectorial *a priori*, influiría en el proceso de priorización y concentración dentro del sector, proporcionando lineamientos que deberían asumirse matricialmente por las todas las unidades de la Agencia para desarrollar la estrategia de concentración y coherencia de actuación en salud de la Agencia. Esta estrategia atendería las directrices del marco rector, estaría basada en criterios técnicos, evidencias constatables y alineada con el marco de doctrinal global en salud. Las señas de identidad del enfoque sectorial en salud que deben caracterizar la acción de la Agencia en el sector forman parte de esta visión.
- B. Como instrumento operativo aportaría orientaciones sobre cómo fortalecer el diálogo entre las tres lógicas que operan en la agencia (geográfica, instrumental y sectorial) ofreciendo una propuesta para que puedan articularse coherentemente en los espacios de decisión y actuación en beneficio de un mayor impacto en salud. Bajo esta visión se identificarían pasos orientativos para aproximarse a las señas de identidad que se plantean desde el PAS-SALUD. Esta función la asumiría principalmente la Matriz que hacen del PAS-SALUD un documento de referencia al poner a disposición de la Agencia un posible “menú

⁷ *Ibidem*.

Cuadro 5. Implicaciones de las diferentes visiones del PAS-SALUD

PAS-SALUD como...	Perspectiva	Posición	Patrones
Plan estratégico	El enfoque sectorial en salud debe: <ul style="list-style-type: none"> • ser tratado matricialmente en la AECID • influir en la construcción de toma de decisiones sobre el sector para influir en la concentración y coherencia en la actuación. • contar con un fortalecimiento institucional para la operacionalización del enfoque sectorial en la Agencia. 	Líneas estratégicas y Líneas de Acción son plenamente operacionales para influir en la concentración en salud y en la coherencia dentro del sector	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de influencia en los procesos clave de toma de decisiones y en la asignación presupuestaria • Se atiende a los mejores QUE, en los mejores DONDE, con los mejores COMO y con los mejores CON QUIEN como referentes de concentración
Instrumento de orientación operativa	El enfoque sectorial en salud es considerado y, en lo posible, atendido como referente en las actuaciones de la AECID en el sector.	Líneas estratégicas y Líneas de Acción son orientativas a priori de las actuaciones de la Agencia en el sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesita participar en los procesos de toma de decisiones para que sus orientaciones sobre el enfoque sectorial en salud sean consideradas. • Matriz explicativa de metas a alcanzar como menú de opciones y referente operativo propuesto para la actuación en el sector.
Instrumento de ordenación	El enfoque sectorial en salud es "lo sectorial", es decir, una recopilación de actuaciones de la Agencia en el sector y datos sobre salud a los que se les dota de sentido.	Líneas estratégicas y Líneas de Acción son referencia a posteriori	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitorean los datos sectoriales en salud, para valorar el grado de cumplimiento de las orientaciones sectoriales pero sin influenciar la toma de decisiones

Fuente: Elaboración propia en base al Taller de Teoría del Programa

de opciones" sobre el que concretar actuaciones en el sector coherentes con una posición sectorial establecida a priori.

- C. Como instrumento organizador muestra el histórico de la actuación de la Agencia en el sector, conformando una línea de base que actúa como referencia general sobre la cual ir registrando la evolución para fines documentales. Esta visión, aunque estuvo presente, fue la más minoritaria.

Con independencia de la visión y de la utilidad que se deriva de la misma, las personas entrevistadas coinciden en el reconocimiento de contar con una posición institucional en el sector salud, desde donde establecer, orientar o contrastar los enfoques y las actuaciones que desarrolla la Agencia en salud.

Sumado a las anteriores visiones, el PAS-SALUD contiene en su propio diseño una propuesta concreta para el fortalecimiento institucional de la AECID de modo que se den las condiciones para integrar el enfoque sectorial en salud en todas la AECID. Esta línea estaba pensada para que se generaran las capacidades necesarias en la Agencia y que el instrumento pudiera llevar a cabo sus objetivos con coherencia, principalmente, como instrumento de planificación

estratégica. Este propósito quedó contenido en la LE-3 del PAS-SALUD, una línea en la que se depositó la responsabilidad de generar las condiciones institucionales que posibilitaran el fortalecimiento institucional del enfoque sectorial en salud, propuestos en la LE-1 y LE-2.

La capacidad operativa del PAS-SALUD se ha visto afectada durante la implementación por el hecho de que la ejecución de este instrumento no haya respondido a un enfoque de planificación, donde sea identificable una lógica de intervención secuenciada con metas, objetivos, acciones concatenadas, tal y como se sugiere la revisión en los TdR de esta evaluación. Asimismo, el PAS-SALUD carece de indicadores que permitan monitorear su implementación y suministrar información sobre su grado de ejecución y nivel de desempeño. La falta de indicadores y de seguimiento del PAS-SALUD han sido reiteradamente señalada como elemento que ha restado capacidad operativa al instrumento, así como debilitado su nivel de implementación⁸.

Por medio del cuestionario a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID⁹, se recogen otros insumos relevantes sobre la capacidad operativa del PAS-SALUD

⁸ Véase epígrafe 3.3.2. sobre contexto y estructura de la implementación del PAS-SALUD

⁹ Véase Anexo 5. Cuestionario a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, Pregunta 21 y 22.

y se identifican aspectos concretos para mejorar su utilidad como instrumento de orientación operativa desde el diseño. Estos aspectos están referidos tanto en el contenido del enfoque sectorial en salud y cómo hacerlo más operativo, como en la definición de los elementos que quedarían recogidos en lo que es actualmente la LE-3, mejora de la estructura institucional:

- Contenido sectorial en salud. Algunas de las personas encuestadas consideran las líneas estratégicas del PAS-SALUD faltas de una mayor definición; y, el contenido general del instrumento, con debilidades para atender la especificidad de realidades concretas (p. ej. actuaciones de emergencia en el sector y crisis humanitarias, países de renta media, las agendas subregionales o regionales). Entre los elementos formales (ser un instrumento «conciso y práctico») se señala, por ejemplo, la necesidad de contar con «orientaciones para su adecuación al terreno», que se trate «la aplicación intersectorial», cuente con indicadores y «esté inmerso en una GpRD».
- Estructura institucional. Se recogen aspectos generales que acompañan la capacidad operativa del instrumento —como son el «efectivo el fortalecimiento institucional de la Agencia», «la mejora de la gestión del conocimiento» o el acompañamiento técnico periódico desde sede— pero también aspectos concretos como son: i) dotarse de un «sistema integrado de información para tomar decisiones permitiendo mejorar la coherencia sectorial y la articulación de la Agencia sobre temas dentro del sector salud»; ii) desarrollar «herramientas de monitoreo y seguimiento»; y iii) incluir un componente de ordenación de los recursos humanos y técnicos disponibles en España en el sector.»

3.1.2. Influencia del PAS-SALUD en los procesos de planificación geográfica

En este apartado se analiza la capacidad de influencia del PAS-SALUD en la planificación geográfica. Para ello se han revisado las metodologías de planificación en relación al tratamiento diferenciado de la estructura sectorial que recogen el III Plan Director y el IV Plan Director. Posteriormente, se analiza cómo

se presenta el sector salud en los productos concretos que surgen de la implementación de las metodologías de los MAP y los Programas Operativos.

Metodologías para la planificación geográfica

Los PAS son nombrados en las distintas versiones de las metodologías¹⁰ de planificación y programación geográfica desarrolladas, si bien no se especifica cuál es su utilidad concreta en sus distintas fases de aplicación. Asimismo, el rol que juegan los PAS en las planificaciones es coherente con el que ha ocupado la estructura sectorial en los Planes Directores (PD); mientras el III Plan Director sigue una estructuración en torno a prioridades geográficas y sectoriales, en el IV Plan Director se estructura en torno a los resultados de desarrollo y en aquellas orientaciones estratégicas que se entienden más eficaces para conseguirlos. Las metodologías elaboradas bajo la influencia de cada uno de estos planes directores replican sus esquemas y confieren a los PAS un espacio acorde con los mismos.

Bajo el III Plan Director, la metodología de los MAP¹¹ y el manual de Programación Operativa¹² tomaron como punto de partida las prioridades sectoriales. En ambos casos los PAS aparecen definidos como instrumentos que en cada sector marcan las líneas prácticas de actuación de la AECID y los reconocen como base para el diálogo de políticas. Los Planes de Actuación Sectorial (PAS) son igualmente reconocidos como insumo para orientar las decisiones estratégicas sectoriales, una vez culminada la etapa de análisis, y seleccionar los sectores de intervención o asociación.

Esta última referencia, unida al mandato de concentración sectorial, podría explicar por qué numerosos informantes identifican el grado de influencia del PAS-SALUD en las planificaciones geográficas como limitado al peso específico que haya podido jugar el instrumento en la priorización o no del sector salud en un programa país.

Es reseñable cómo en las metodologías asociadas al III Plan Director, la concreción del resultado de desarrollo se identifica en base al esquema de priorización

10 Las metodologías y los procedimientos para su aplicación no particularizan de modo individual en cada uno de los PAS, sino que éstos son tratados como un instrumento genérico. Por esta razón la aproximación a la influencia del PAS-SALUD en estos procesos se realiza, en primer término, desde el lugar que ocupan los PAS como instrumento genérico en las metodologías de planificación y, posteriormente, desde los espacios institucionales establecidos para la participación de las Áreas Sectoriales de la Agencia en las planificaciones geográficas.

11 Metodología para el establecimiento de los Marcos de Asociación País. Mayo 2010.

12 Manual de Programación Operativa (2009) y versión 2010.

Cuadro 6. Los PAS en la metodología MAP y el Manual de Programación Operativa en relación a los Planes Directores

	Marco de Actuación (MAP)	Programación Operativa (PO)
III Plan Director	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque basado en resultados de desarrollo Planificación estratégica de la CE donde el análisis, diálogo de políticas y priorización se da bajo una lógica de selección de sectores que determinan los resultados de desarrollo. El PAS¹⁴ se reconoce como uno de los insumos de la planificación estratégica de la Agencia, para el diálogo de políticas con el país socio y para orientar sus decisiones estratégicas en torno a lo sectorial 	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque basado en resultados de desarrollo Reflexión estratégica de la AECID estructurada bajo una lógica sectorial que concreta resultados de desarrollo dentro del sector priorizado El PAS se reconoce como referencia para la planificación estratégica de la Agencia, para el diálogo de políticas con el país socio y orientar las decisiones estratégicas en torno a la selección sectorial. Fuerte énfasis en la reflexión estratégica de la Agencia con criterios técnicos para el análisis y apoyo en el proceso de concentración sectorial y subsectorial (Directrices de concentración sectorial)
IV Plan Director	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque basado en resultados de desarrollo Los resultados de desarrollo convocan a los sectores en una lógica multisectorial e integrada para contribuir a su logro El tratamiento sectorial aparece en el subtexto de la metodología: fase de análisis y fase de decisiones El PAS se reconoce como uno de los insumos de la planificación estratégica de la Agencia base para el diálogo de políticas con el país socio (referente para la alineación de la Agencia) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque basado en resultados de desarrollo Arranca desde los RD acordados en el MAP Los resultados de desarrollo de programa-país ya están definidos y negociados, Hay un énfasis en el seguimiento dentro del ciclo de programación Los PAS no se incorporan en la metodología El sector se "instrumentaliza" y se ubica a nivel de producto (outputs) en la cadena de resultados, caracterizando las intervenciones de la Agencia para contribuir al resultado de desarrollo.

Fuente: Elaboración propia.

y concentración sectorial a partir del diálogo de políticas. El esquema sectorial guía el análisis en el proceso de elaboración del MAP y Programación Operativa, y el sector priorizado¹³ es el que orienta tanto la elaboración del marco de gestión por resultados de las planificaciones geográficas, como el modo en el cual se le va a dar seguimiento.

Bajo el IV Plan Director, las metodologías de los MAP¹⁵ y las programaciones operativas¹⁶ se estructuran a partir de los resultados de desarrollo y la estructura sectorial de prioridades se ubica en un plano instrumental al servicio de esos resultados identificados. Este giro se debe principalmente al salto cualitativo propuesto en el IV Plan Director¹⁷; sin embargo, los aprendizajes obtenidos en los ejercicios de programación operativa habían igualmente identificado la dificultad de planificar por resultados de desarrollo cuando se partía de una priorización sectorial. Paralelamente, la identificación por algunos informantes clave de la utilidad de los PAS exclusivamente relacionada

con la estrategia de concentración sectorial, deja sin un espacio definido a estos instrumentos cuando las metodologías se orientan hacia resultados de desarrollo sin identificar dónde y cuándo contribuye el esquema sectorial a estos resultados.

Dado que el PAS ocupa un lugar marginal en las distintas metodologías, otro aspecto que indica la influencia de los PAS en los procesos de planificación geográfica es el tipo de participación de las Áreas Sectoriales del Departamento de Cooperación Sectorial en dicho proceso. Dentro de los MAP, el espacio de participación formalizado del Departamento de Cooperación Sectorial se produce a través de su participación en el Equipo País Ampliado después de cada etapa del proceso y en el borrador final a convocatoria de la Dirección Geográfica correspondiente. Es decir, su espacio institucional depende de ser convocado para ello, y su rol está más vinculado a la revisión y validación de productos del proceso, que a la construcción de las decisiones que llevan a los productos¹⁸. Asimismo, se ha identificado

13 En la metodología del MAP (2010), en la Etapa III "Estrategia de asociación" se recoge que "se establecerán apropiadamente la estrategia de la CE, donde se decidirá a qué sectores se apoyarán, con qué contrapartes, con qué instrumentos, qué rol desempeñará la CE y, dentro de ella, cada actor, y lo más importante: a qué resultado de desarrollo de país se pretende contribuir". En el Manual de Programación Operativa se establece que la definición de resultados a corto plazo debe realizarse para cada uno de los sectores del país para los que se han definido objetivos a medio plazo.

14 La referencia a los PAS en la metodología de los MAP es "planes sectoriales" de la Agencia.

15 Metodología Manual para el establecimiento, seguimiento y manual de los Marcos de Asociación País. 2013.

16 Manual de Programación Operativa (2009) y versión 2013.

17 Las personas entrevistadas coinciden en el salto cualitativo que supone el IVPD con respecto a sus antecesores por el hecho de centrar explícitamente las prioridades en resultados de desarrollo y no en prioridades por sector, evitando el sesgo de fragmentación que estaba sucediendo por trabajar dentro de un sector específico que no suelen dialogar ni articularse con otros sectores.

18 En la Metodología MAP 2010 se recoge que la AECID dará apoyo a las OTC en cuestión de refuerzo de capacidades y, aunque sea sin un mínimo desarrollo, también se recoge que la AECID (no especifica quién y cuándo) tiene como función proporcionar insumos para la reflexión y el análisis en cada etapa.

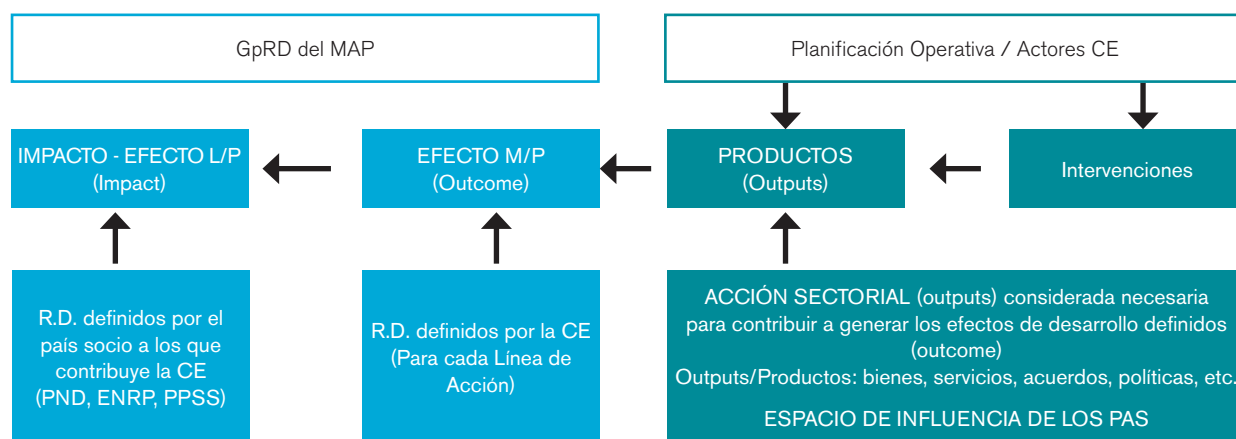
una baja apropiación de los PAS en sede por lo que la presencia del contenido de los PAS en el proceso depende en buena parte de esta participación. El espacio institucional habilitado para los PAS ha sido menor, tanto en las metodologías como en el proceso de implementación de las mismas.

En el proceso de programación operativa, el Departamento de Cooperación Sectorial tiene un espacio específico recogido como tal en el Grupo de Trabajo de la Programación Operativa y otro para temas más operativos en el Comité de Programación Operativa. En este Comité no sólo se revisan las propuestas país y su coherencia, sino que también ha tenido competencias en los primeros ejercicios de programación operativa para proponer directrices en su área de competencia. Si bien las Áreas Sectoriales cuentan con un rol más estructurado en la construcción de decisiones dentro de la programación operativa, este rol está afinándose actualmente en su vertiente más práctica por el cambio que se ha dado en este último ejercicio de 2014¹⁹. A partir de este año, las programaciones operativas de los países son vinculantes por partir de una planificación estratégica orientada a resultados de desarrollo negociada con el país socio y refrendada en el MAP. Por lo tanto, no es cometido de la programación operativa priorizar un determinado sector, sino identificar cómo la Agencia contribuye a ellos, identificando los productos, intervenciones y recursos, acorde con la realidad de

AECID, que mejor contribuyan a los resultados identificados en el MAP y en coherencia con el enfoque sectorial de la Agencia. Este hecho supone un reajuste en la identificación de la utilidad de los PAS en la programación operativa, ya no exclusivamente como un instrumento abocado a orientar la priorización de un sector u otro, sino para orientar la coherencia en las actuaciones sectoriales que se identifiquen y contribuir a la calidad de las mismas.

Tras el análisis y contraste entre las metodologías de 2013, se identifica que los PAS tienen su espacio de influencia en la Programación Operativa, donde «lo sectorial» se transforma en productos²⁰ (*outputs*), es decir, en las actuaciones que alimentan los efectos directos esperados (*outcomes*) que se acuerdan en el MAP. Según la metodología del MAP, la problemática sectorial se atiende, dentro de la cadena de resultados, al nivel de los objetivos específicos (figura 4). A este nivel, y dado que los problemas de desarrollo son multisectoriales y multidimensionales, los PAS orientan hacia la mejor contribución de la Agencia a los resultados de desarrollo y donde se requiere un diálogo fortalecido entre sectores para avanzar hacia ellos. Es a nivel de los productos donde el PAS-SALUD tendría una incidencia mayor porque éstos son sectoriales y es territorio de trabajo para el tratamiento sectorial especializado con independencia de la priorización o no de un determinado sector.

Figura 4. Espacio de influencia de la acción sectorial en la cadena de resultados



Fuente: Elaboración propia en base a la figura 6 del Manual MAP 2013

19 Hasta este año, los ejercicios de Programación Operativa de un país sin el correspondiente MAP ya firmado y al que se vinculara, suponían más bien un ejercicio de reflexión sobre planificación estratégica, priorización y concentración, aunque carente de un papel vinculante hasta la aprobación del MAP sobre el que se asiente.

20 Los productos son los bienes, servicios, acuerdos, políticas, etc. que se consideran necesarios para contribuir a generar los efectos definidos, según la secuencia lógica de la cadena de resultados. Por lo general, es necesario definir más de un producto para conseguir cada uno de los efectos esperados. Los productos se logran mediante la ejecución de intervenciones de cooperación.

En las metodologías de este periodo, y dado el desarrollo lógico del ciclo de gestión, hay un énfasis especial en el diseño y ejecución de un sistema de seguimiento que permita verificar el grado de avance en la consecución de los productos previstos (Programación Operativa) y los resultados de desarrollo definidos en el MAP. En el seguimiento, las orientaciones de los PAS sobre el contenido del enfoque sectorial no tienen un papel determinado en el sistema de monitoreo en construcción. Sin embargo, por lo explicado anteriormente²¹ sobre la cadena de resultados y el rol de la Programación Operativa, la estructura para el seguimiento vuelve a requerir de lo sectorial para permitir la agregación de indicadores, principalmente sectorializados, que se aportan desde los diferentes países con intervenciones dentro de un sector. La Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad de la Ayuda (UPEC) está actualmente en proceso de construcción del seguimiento directivo para toda la Agencia para el seguimiento de la Programación Operativa en la institución.

El sector salud en los MAP

No se dispone de suficientes evidencias para valorar en profundidad y con un alto rigor cuál ha sido el papel concreto del PAS-SALUD en las planificaciones geográficas que involucraban actuaciones en el sector salud. La información recabada indica una débil influencia del PAS-SALUD en las decisiones que llevan a priorizar salud en los MAP y las Programaciones Operativas, identificándose, como veremos, algunos factores explicativos que tienen un mayor peso a la hora de priorizar un determinado sector. Sin embargo, a pesar de esta débil influencia en la priorización del sector salud en las planificaciones, sí se observa una presencia sostenida del sector en los MAP y que muestra una alineación con el contenido sectorial de éste.

Algunos de los factores identificados por los informantes de la evaluación que ayudan a explicar la capacidad de influencia en el proceso de concentración o priorización del sector salud son:

- El **asincronismo entre las planificaciones estratégicas y operativas que han involucrado a la Agencia**²² dificulta valorar la influencia del PAS-SALUD sobre el conjunto de la planificación geográfica dado que previo a su aprobación ya se habían realizado 10 MAP y 16 países habían realizado un ejercicio de Programación Operativa. La Programación Operativa no se realizó en los años 2012 y 2013, años de vigencia del PAS y, sin embargo, sí fueron aprobados MAP de 6 países²³. Estos datos dejan *a priori* un estrecho universo de casos desde donde valorar de manera significativa la posible influencia del instrumento en los procesos de planificación geográfica. Los países que negociaron su MAP dentro del periodo de vigencia del PAS-SALUD fueron Senegal, Paraguay, Perú, Guatemala, Filipinas y República Dominicana; de éstos, Paraguay, Guatemala y Perú incluyen el sector salud. Con anterioridad a la vigencia del PAS-SALUD, 3 de los 4 MAP que priorizan salud habían sido ya acordados²⁴. A partir del 2014, cuando el PAS-SALUD deja de tener vigencia formal, momento donde los procesos MAP y Programación Operativa se secuencian en los países, es el momento susceptible de ser analizadas la influencia del PAS-SALUD y la coherencia en la acción sectorial de la cadena de resultados de la Figura 5. Los informantes clave coinciden en señalar el reto que ha supuesto para la Agencia lograr movilizar con coherencia una arquitectura de planificación compleja que va desde un marco estratégico rector (estrategias sectoriales y planes directores) a la aplicación de éste en marcos *de asociación estratégica*²⁵ y que, a su vez, ha contado con un marco operativo propio a través de los PAS y de la Programación Operativa de la AECID. Este reto se aprecia en la Figura 5 mostrando cómo se ve afectada la posibilidad real y temporal del PAS-SALUD de poder influir en el tratamiento al sector en alguno de ellos.
- El desarrollo y la implementación de los primeros PAS (entre ellos el PAS-SALUD) coincide con un momento inicial de aprendizaje institucional de nuevos modelos y procesos de planificación, que han

21 Dentro de la cadena de resultados vinculado al efecto a medio plazo (*outcome*), sería a nivel de producto (*output*) donde la estructura sectorial encuentra un espacio clave.

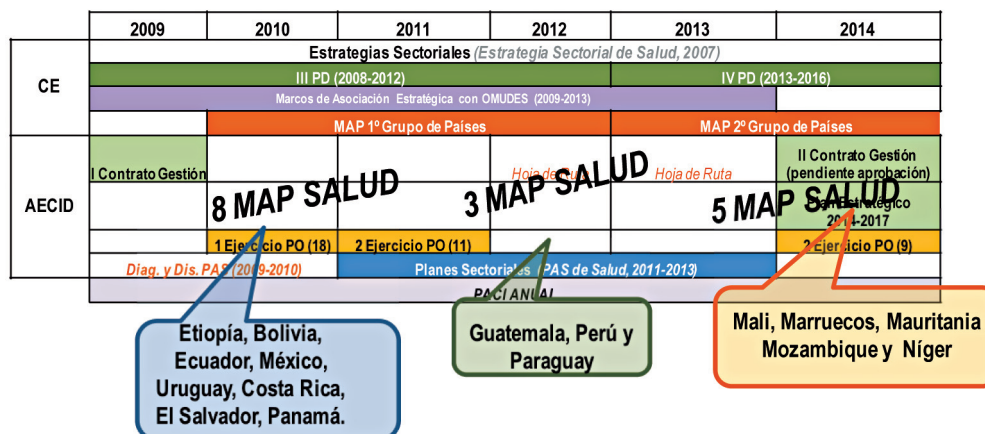
22 Véase Anexo 1 con la síntesis de los diferentes elementos de planificación que afectan la toma de decisiones en el sector salud.

23 Véase Anexo 2 sobre la sincronización de la planificación estratégica y la programación operativa con relación a la presencia del sector salud en las mismas.

24 Se consideran aquí solo los MAP firmados hasta 2013.

25 Para aplicar estos planteamientos estratégicos, la CE ha desarrollado los Marcos de Asociación con socios estratégicos para el desarrollo, ya sea a nivel país –Marcos de Asociación País (MAP) o planificación estratégica geográfica– o con OMUDES a nivel multilateral –Marcos de Asociación Estratégica (MAE).

Figura 5. Cronograma, vigencia y articulación de los distintos procesos de planificación que involucran a la AECID (2008-2014) y la presencia del sector salud en los MAP dentro de este periodo



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos facilitados por la UPEC26.

exigido a la institución tanto capacitarse en el manejo de sus respectivas metodologías como establecer mecanismos de coordinación entre las distintas unidades de la Agencia (en sede y terreno) para planificar conjuntamente como institución bajo un enfoque GpRD. Junto a la puesta en marcha de este entramado de planificación y programación, se articularon propuestas formativas para la construcción de las capacidades técnicas e institucionales para permitir aplicar estas metodologías y temas afines, por ejemplo, la formación en GpRD.

Conviviendo con lo indicado anteriormente, el análisis del contenido de los MAP permite identificar: i) aspectos significativos con valor para futuros procesos de planificación institucional en el sector salud, sobre todo relacionados con las demandas al sector que se traducen desde las planificaciones geográficas; y ii) significativos puntos de alineación con el contenido sectorial establecido en el PAS-SALUD.

Considerando todos los MAP firmados hasta la fecha, 11 países han identificado el sector salud en su

planificación país. De los 10 países que negociaron el MAP con anterioridad a la vigencia del PAS-SALUD, 8 incluyen al sector salud; entre los años 2011 y 2013, de los 6 MAP firmados, en 3 países se ha acordado la necesidad de trabajar igualmente el sector salud. En 2014, hay 5 países que tienen prevista la firma del MAP y que, previsiblemente, priorizarán salud: Mali, Marruecos, Mauritania, Mozambique y Níger. El cómputo final de países que han considerado el sector salud en sus planificaciones de salud **podría alzarse hasta un total de 16 países de los 26 países que han elaborado o están elaborando un MAP.**

El sector salud cuenta con una importante representación en terreno, pudiendo alcanzar presencia en el 61,5% de los MAP bajo alguno de los tres formatos identificados en la revisión documental y que responden a la categorización de salud como sector priorizado, sector asociado o área de intervención²⁷:

- Se considera salud como sector priorizado²⁸ (o en liderazgo) cuando así se denomina explícitamente

26 La Figura 1 recoge los Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI) dado su carácter como documento de planificación operativa que debe concretar anualmente las previsiones estratégicas del Plan Director, si bien en la práctica, ha funcionado más como un instrumento de información que de planificación. Véase Anexo 1 para su caracterización.

27 Véase Anexo 3 para una caracterización más detallada del sector salud realizada a partir de la información recogida en los documentos MAP de los países.

28 Esta construcción de categorías ad hoc realizada por el equipo evaluador ha pretendido registrar la heterogeneidad de nombres y formatos en los que el sector salud aparece en los MAP revisados.

29 El Área de Salud realizó un acompañamiento técnico ad hoc en los procesos de negociación de los MAP en Etiopía, Bolivia y El Salvador. En estos países existía un recurso humano especializado. Concretamente, en ALC existía en aquel periodo una consigna informal de no destinar AOD a servicios sociales básicos en PRM. En Bolivia se impulsó la Mesa de Salud de Bolivia cuyo objetivo era demostrar el valor añadido del sector salud de CE en el país, una cuestión que no fue valorada en el proceso inicial de los MAP debido a la consigna antes mencionada.

en el MAP (“priorizado” o de “concentración”) o cuando en el marco de la consecución de un resultado de desarrollo acordado, las intervenciones en salud tendrían un peso igual o superior al de otros sectores que de modo prioritario aparecen convocados por dicho resultado de desarrollo.

En el periodo previo a la aprobación institucional del PAS-SALUD se identifica salud como sector priorizado en Etiopía, Bolivia —sector de actuación territorial— y El Salvador²⁹. Posteriormente, se sumaría en Paraguay como sector de concentración antes de la entrada en vigor del IV Plan Director. En 2014, y a falta de ser firmados, cinco nuevos países contemplarían salud en sus MAP: Mali, Mauritania, Mozambique, Níger y Marruecos. Etiopía, Mali, Marruecos, Mauritania, Mozambique, Níger y El Salvador son signatarios de la IHP+, un enfoque de trabajo en el sector salud recogido en el PAS-SALUD por el que apuesta la AECID para garantizar la aplicación de los principios de eficacia y calidad de la ayuda en salud.

- Se considera salud como sector asociado cuando es convocado para contribuir al logro de un resultado de desarrollo identificado en el MAP. En esta situación se encuentra el sector salud en Guatemala y Perú. Este tipo de formato podría tender a incrementarse en el futuro dado el enfoque propuesto en el IV Plan Director y las metodologías de planificación que se derivan de él. En estos países, salud ha sido convocado junto a los sectores de seguridad alimentaria, género y agua. Bajo esta categoría también se considera a Ecuador, que firmó con el III Plan Director vigente, donde salud se considera un sector específico identificado “como parte de su estrategia transversal de actuación”, y no exactamente dentro de la misma lógica que los dos países anteriores donde se vinculan a RD establecidos en las planificaciones.
- Se considera salud como área de intervención cuando se ha denominado explícitamente así en el documento MAP —o como «área» o «ámbito» específico de una actuación sectorial determinada— teniendo como contraparte al Ministerio de Salud del país y existiendo un alineamiento con un plan o Programa Nacional de política sectorial. Forman parte de esta categoría Uruguay, Costa Rica, México

y Panamá cuyos MAP fueron firmados antes de la formalización del PAS-SALUD. Al contrario que los países que conformaban las dos categorías anteriores, ninguno de estos países se encuentra en el listado del PAS-SALUD sobre países donde se recomienda trabajar en salud como sector prioritario.

La presencia del sector salud en distintos formatos, no solo como sector priorizado, y el número de programas país donde se efectuarían actuaciones en salud, junto con la valoración realizada por los informantes, indican la pertinencia de un instrumento que asegure en lo posible la coherencia sectorial de la variedad de actuaciones posibles. Asimismo, la valoración positiva del PAS-SALUD como instrumento referente para la coherencia sectorial y el tratamiento especializado al sector mostraría que un instrumento como el PAS-SALUD tiene un rol que desempeñar en la institución en la actual coyuntura.

Cabe señalar también cómo en las planificaciones el sector salud aparece vinculado con otros sectores en formatos visibles de intersectorialidad. Si bien no se agotan la posibilidades de trabajo intersectorial en terreno en los ejemplos que recogemos a continuación, sí son constatables los vínculos intersectoriales que se reflejan en los MAP³⁰ donde los más evidentes son la presencia de un enfoque de salud en el sector de educación (Costa Rica), seguridad alimentaria (Bolivia, Ecuador, Guatemala, México, Panamá y Perú), y agua (Panamá y El Salvador) —es decir, servicios sociales básicos— y en el sector de género y desarrollo (Etiopía, Guatemala, México, Panamá y Uruguay)³¹.

Si interpretamos los datos anteriores desde una mirada geográfica y atendiendo a los países que han incluido al sector salud en sus planificaciones (o lo harán previsiblemente), se aprecia una mayor presencia bilateral del sector en América Latina, con 10 países³² (en 3 de ellos como sector prioritario) en relación a los 5 países del continente africano, si bien en África en todos los casos es un sector prioritario en las planificaciones país. Si atendemos a la clasificación de los países por nivel de ingreso³³, encontramos que 11 países de renta media (PRM)

30 Véase Anexo 3 sobre los patrones de intersectorialidad identificados en los MAP.

31 En este cómputo no se registran los países que firman el MAP en 2014 dado que no se tiene información sobre el contenido sectorial del acuerdo.

32 En el cómputo total se han considerado los países que firman el MAP durante el 2014 y previsiblemente tendrán salud como sector de concentración.

33 Clasificación países según nivel de renta en http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups#Low_income

han incorporado el sector salud en alguna de las categorías anteriormente señaladas.

Al respecto del contenido sectorial del PAS-SALUD y el tipo de actuaciones priorizadas en salud en relación a las líneas estratégicas del PAS-SALUD, la revisión de los documentos MAP revela que la LE-1 se atiende en 5 de 11 MAP³⁴, siendo AECID un socio líder en cada uno de ellos, a excepción del caso de Bolivia, donde el liderazgo lo llevan las ONGD. Coincidiendo con la propuesta del PAS-SALUD, se ha priorizado al apoyo presupuestario en Etiopía, El Salvador y posiblemente a Paraguay³⁵. El número de países se incrementaría al considerar las previsiones de los MAP para 2014, donde los 5 países del continente africano que podrían priorizar salud en sus planificaciones ya han suscrito la IHP+.

La LE-2 del PAS-SALUD se apoya en 6 de 11 MAP³⁶, apareciendo en 4 de 6 casos vinculada a la reducción de la desnutrición infantil y a la salud sexual y reproductiva, con una atención especial a la salud materno-infantil. En los 6 países la planificación contempla que estos componentes se trabajan dentro del marco de los sistemas nacionales de salud, liderado por el propio Ministerio de Salud o alguna de sus unidades. Sin embargo, este número es necesariamente mayor si consideramos la acción multilateral que en numerosos casos no aparece recogida en las planificaciones país. El caso más claro es la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015³⁷ (SM2015) que focaliza sus intervenciones en salud materna, neonatal y reproductiva, y salud infantil con énfasis en la nutrición y vacunación. Salvo en el caso de México en el que la SM2015 se recoge en la narración del documento MAP pero no se vuelca ni se considera en la propuesta final de planificación, en el resto de países no aparece mencionada en los MAP. Ocurre igual con otras iniciativas globales y/o regionales como el Fondo ODM y el Fondo Global.

En cuanto a los ejercicios de la programación operativa, y en aquellos países en los que no se había elaborado el MAP previamente, supusieron ejercicios de reflexión estratégica sobre la planificación de las actuaciones de la Agencia en países socios con un espíritu marcadamente formativo sin que su contenido tuviera un carácter vinculante. Con anterioridad a la vigencia del PAS-SALUD, 10 de los 16 países que participaron en este ejercicio priorizaron salud y, en el año 2011³⁸, con el instrumento sectorial ya en vigor, lo priorizaron 7 de los 11 países. No se ha constatado ningún caso donde siendo el sector salud priorizado en un ejercicio de programación operativa se haya descartado posteriormente en un ejercicio de programación posterior, pero sí se ha dado el caso de que siendo priorizado en la programación operativa no se haya considerado en el MAP del país³⁹. En el último ejercicio de programación operativa realizado en 2014, ya fuera del alcance temporal de esta evaluación, la secuencia lógica de la planificación geográfica se sincroniza, y la programación operativa de los países tendrá un carácter vinculante al estar precedido y respaldado por el MAP correspondiente. La secuencialidad en la planificación se da actualmente en 9 países, entre ellos, el sector salud tiene un continuo y presenta trazabilidad en Etiopía, Bolivia, El Salvador, Guatemala⁴⁰, Paraguay y Perú. En estos países, las intervenciones en salud que se realizan a nivel de *output* mantienen coherencia con las líneas estratégicas propuestas en el PAS-SALUD.

Dado que las metodologías y los procesos de implementación dejan en un espacio poco definido el uso de los PAS y su rol en los procesos de planificación, valorar el tipo de influencia del PAS-SALUD en las distintas presencias del sector salud en las planificaciones geográficas implica recoger la opinión y experiencia de los actores que han participado de estos procesos. Se considera que la utilidad que ha podido tener el PAS-SALUD en los procesos de planificación podría tener

34 Bolivia, Costa Rica, Etiopía, Paraguay, El Salvador.

35 El apoyo presupuestario a Paraguay es recogido directamente del MAP, si bien desde la Unidad de Ayuda Programática no se han facilitado datos en este sentido. Costa Rica recoge la ayuda programática como enfoque de trabajo en el apoyo al sector.

36 Ecuador, Etiopía, Guatemala, México, Panamá, Perú y Uruguay.

37 La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) es un partenariado público-privado que asocia al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), la Fundación Bill & Melinda Gates, el Gobierno de España. Cuenta con 8 grandes operaciones en la Centroamérica: Belice, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Panamá, Costa Rica y el Estado de Chiapas en México.

38 Véase Anexo 2 para la presencia del sector salud en los ejercicios de Programas Operativos realizados.

39 Filipinas, República Dominicana y según algunas personas entrevistadas se espera lo mismo en Nicaragua.

40 En este listado se ha sumado Guatemala, sin embargo, en la documentación sumamente escueta de la Programación Operativa del país aportada por la UPEC, no permite identificar los elementos en salud que sí figuraban en el MAP. Sin embargo, y dada la articulación existente entre los procesos MAP-Programación Operativa, las intervenciones en salud vinculadas a su resultado de desarrollo sobre seguridad alimentaria, deberán estar presente si bien podrían no parecer en este año y si en el siguiente bienio.

relación directa con la utilidad y el uso que el personal en sede o en terreno le ha conferido al instrumento.

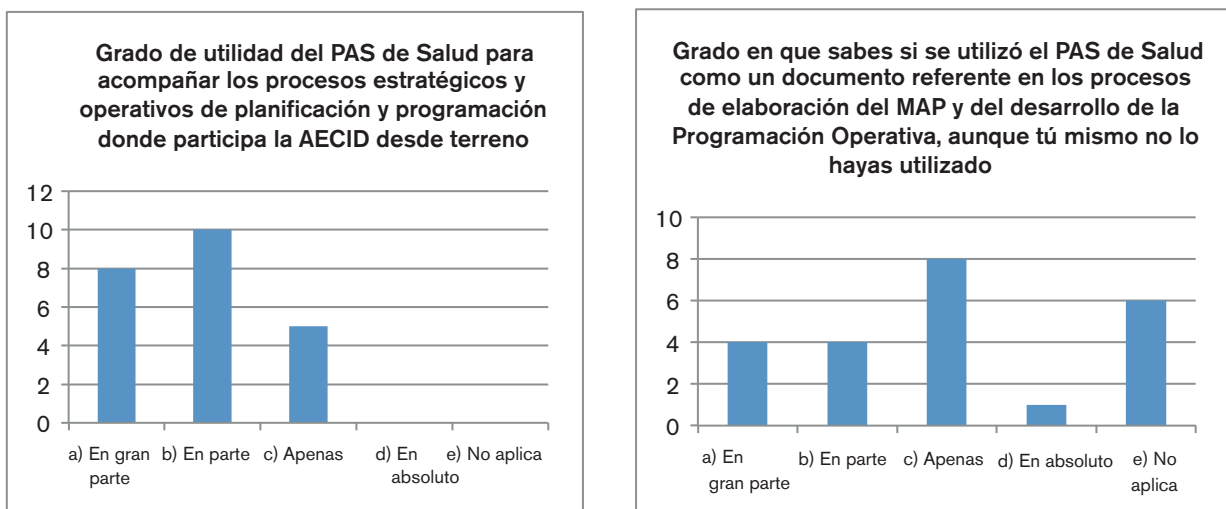
En sede se ha constatado la instalación de los principales elementos del PAS-SALUD en el discurso de las personas entrevistadas. Sin embargo, este instrumento no es una referencia para su trabajo en el sector ni se le atribuye un mérito explícito en la definición de los contenidos sectoriales. El crédito del grado de alineación de las intervenciones sectoriales con el PAS-SALUD se otorga directamente al Área de Salud de la que se sirven para consultas, asesoramiento y resolución de temas emergentes.

A pesar de ello y cuando la influencia del instrumento en sede parecería débil, en opinión del Área de Salud, contar con un instrumento avalado institucionalmente como es el PAS-SALUD ha sido el factor fundamental para abrir espacios de trabajo en salud con otras unidades de la Agencia. En opinión del Área, contar con una posición *a priori* legitimada por la institución habría contribuido a que su personal pudiera incidir en el posicionamiento técnico y político de temáticas relevantes para el sector en diferentes espacios de decisión siempre que el Área fuera convocada («fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y con equidad»); a que el Área pudiera desempeñar un rol más propositivo ante las necesidades de la institución referidas al sector, y; a promover un enfoque sectorial en salud que abordara la mejora de la coherencia en el sector teniendo al PAS-SALUD como marco de referencia. Esta misma percepción

es compartida por las jefaturas sectoriales consultadas quienes destacaron el valor de contar con una posición sectorial definida a través de un instrumento legitimado por la institución (PAS) para poder incrementar el grado de coherencia sectorial, y con ello incidir en la eficacia global de las actuaciones de la Agencia en un sector determinado, cuando participaban en los distintos procesos de construcción de las decisiones.

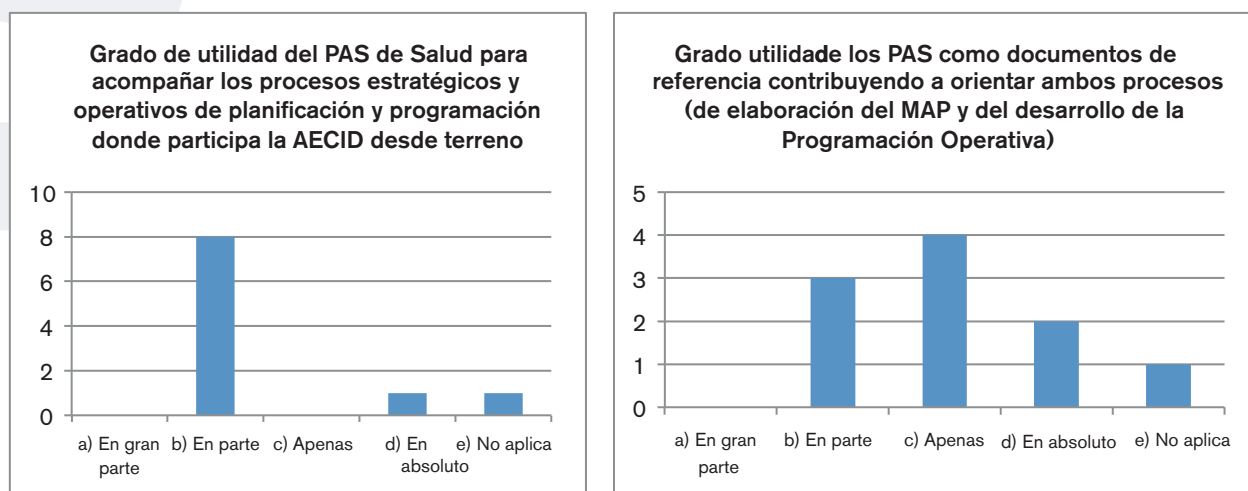
En terreno, tanto el personal técnico como coordinador valoran positivamente el PAS-SALUD y su utilidad en los procesos de planificación que se dan (gráficos 1 y 2). Sin embargo, esta valoración no está acorde con el grado de utilidad declarada: si bien en el 78,3% de los casos, los integrantes de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID que respondieron el cuestionario consideraron el PAS-SALUD como un instrumento válido para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación en terreno, un 39,1% declaran haber hecho un uso menor o nulo del instrumento. Esta brecha se explica también con la información aportada por el cuestionario donde se recogen como causas principales de su uso menor en estos procesos: (1) la utilidad del PAS-SALUD más como un instrumento para acompañar procesos operativos que procesos estratégicos, enfatizando que las demandas de los países son las que marcan los procesos de planificación; (2) la falta de recursos humanos especializados en las OTC o un acompañamiento técnico desde sede a los procesos de planificación en terreno que apoyen la operacionalización del contenido del instrumento.

Gráfico 1. Percepción y uso del PAS-SALUD en procesos estratégicos de planificación. Red de Expertos/as de Salud



Fuente: Cuestionario a la Red de Expertos en Salud. Sobre la base de 23/47 respuestas

Gráfico 2. Percepción y uso del PASS en procesos estratégicos de planificación. Coordinadores/as



Fuente: Cuestionario a Coordinadores/as. Sobre la base de 10/23 respuestas

Igualmente, los datos recogidos a través del cuestionario a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID filtrados con el criterio de países que han atendido el sector salud durante la vigencia del PAS⁴¹, muestran que si bien se reconoce el PAS-SALUD como un instrumento útil para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación, éste apenas ha sido utilizado en las planificaciones geográficas. Adicionalmente, y en esta misma línea, en las entrevistas se han identificado como causas explicativas de esta brecha la falta de personal especializado en la OTC y el déficit de apropiación del instrumento en terreno cuando no existe esta especialización.

Por otro lado, de los 10 coordinadores/as encuestados, 8 presentan una visión similar a la Red de expertos sectoriales de salud de AECID y valoran principalmente los PAS-SALUD en su función orientadora y en el papel que juega en un contexto organizacional donde no se promueve una especialización. Sin embargo, reconocen que los PAS en general no son instrumentos referentes en los procesos de planificación, principalmente porque las prioridades sectoriales son establecidas por las demandas del país socio.

La información recabada sobre la implementación y el uso del instrumento en terreno señalan que el mayor potencial de uso del PAS-SALUD se encuentra, no tanto como un instrumento que determina lo

estratégico en el sector, sino como un instrumento orientador de la acción, una referencia cuando las decisiones estratégicas ya han sido acordadas.

En esta misma posición ahondan la Tabla 1 con los resultados de los cuestionarios recogiendo cuáles han sido los usos destacados del instrumento en terreno dentro de las planificaciones según las personas que respondieron a los cuestionarios. Las principales utilidades del PAS-SALUD en estos procesos han sido operativas (análisis del sector) y como orientación de acción: priorización sub-sectorial, definición de decisiones estratégicas en salud, el diálogo de políticas con socios y, en menor grado, para definir el sector salud como prioritario.

En relación a los factores que influyen en la no priorización del sector salud en las planificaciones país, tanto la Red de expertos sectoriales de salud de AECID como el cuerpo coordinador coincide en las principales razones: (i) no ha existido una demanda de apoyo en este sector dentro del diálogo de políticas mantenido con el país socio; y (ii) el principio de concentración sectorial ha obligado a focalizar esfuerzos en otros sectores.

Sumado a lo anterior, y dado que en numerosas ocasiones durante la evaluación se ha tomado como parámetro de la influencia del PAS-SALUD en los

41 Se planificó un grupo de discusión con miembros de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID en países donde se había priorizado o atendido salud en sus planificaciones geográficas. Se convocó el grupo de discusión en varias ocasiones por problemas de agenda de las personas convocadas, sin embargo, finalmente no pudo realizarse en los términos previstos. Ver epígrafe 1.3 sobre limitaciones de la evaluación.

Tabla 1. ¿Cuál fue la principal utilidad del PAS de Salud en los procesos de planificación en terreno?

Razones	Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID		COORD.	
	Nº	%	Nº	%
a) Contribuyó a definir el sector salud como sector prioritario o de concentración	3	13,0%	1	10,0%
b) Contribuyó a la definición de decisiones estratégicas dentro del sector	9	39,1%	2	20,0%
c) Orientó en el análisis del sector y la priorización sub-sectorial	11	47,8%	2	20,0%
d) Orientó la selección de modalidades, instrumentos y actores vinculándolo a la acción sectorial dentro del país	4	17,4%	2	20,0%
e) Ofreció un marco de referencia para la definición de intervenciones en los sectores			2	20,0%
e) Orientó el diálogo de políticas con el país socio y otros donantes fijando una posición definida y reconocible en el sector salud	6	26,1%	2	20,0%
f) Facilitó la coordinación de actores sectoriales en terreno	2	8,7%	0	0,0%
g) Todas las anteriores	0	0,0%	0	0,0%
h) No se utilizó ⁴²	6	26,1%	5	50,0%
i) Otras, especificar	4	17,4%	0	0,0%
Total	45	% (23 pers)	16	% (10 pers.)

Fuente: Cuestionarios aplicados a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID y al personal coordinador en OTC

procesos de planificación geográfica, si salud es o no priorizada, es igualmente relevante recoger aquí algunos aspectos identificados por la Red de Expertos/as⁴³ sobre las diversas asimetrías con las que conviven los sectores en el proceso que determina qué sector es priorizado.

Una de estas asimetrías corresponde al registro de casos donde se han impuesto sectores e intervenciones que comprometen el futuro de una determinada programación país. En esta línea estarían las adaptaciones que sufren las planificaciones geográficas para atender inercias de la Cooperación Española ya existentes en el país. En este sentido, existiría un sesgo en el proceso de selección de prioridades sectoriales por la presión que supone la preexistencia de un presupuesto ya asignado a un sector o el uso de determinados instrumentos que acaban determinando la propuesta de concentración en un determinado país.

Con independencia de las inercias mencionadas anteriormente, las redes también identifican asimetrías

de partida en el peso dado a determinados sectores que condicionan *a priori* una posición más o menos favorable hacia la asignación de un determinado sector en el proceso de planificación. Ejemplos en este sentido, es la posición más débil que presenta el sector género frente a una posición más fortalecida del sector de gobernabilidad y la tendencia a trabajar el primero únicamente como prioridad horizontal; o la posición desfavorable con la que parte el sector salud para ser priorizado en los países de renta media⁴⁴. Este tipo de asimetría reduce la posible influencia que el PAS asociado a un sector no favorable pueda tener en el proceso de priorización.

Por último, los informantes en sede identifican que el proceso de concentración y priorización sectorial ha generado un clima de “competencia” entre sectores. Aunque aparece en el discurso en algunas de las entrevistas, en una de ellas se identifica gráficamente este fenómeno como “*voracidad sectorial*”. En este periodo ha existido una equiparación del enfoque sectorial con la defensa del sector (“*mi sector*”) y que

42 Los casos en los que no se utilizó corresponden a los 7 países que no priorizaron salud; sin embargo, en uno de ellos fue utilizado para el trabajo en acción humanitaria.

43 Memoria del Encuentro de la Redes (2011)

44 La metodología MAP 2010 recoge que no es necesario realizar un análisis exhaustivo de todos los sectores, sino solo de aquellos que la relación con el país socio aconseje que pueden ser los sectores en los que se concentre finalmente el programa de cooperación con el país. Esta indicación puede ser orientativa de lo que ha podido ocurrir, por ejemplo, con salud en los países de renta media, donde según personas entrevistadas se ha convertido en un sector “no prioritario” o de salida en ALC.

en algunas entrevistas se resalta que ha conllevado que el cuerpo técnico sectorial debilitara su visión global en la planificación y programación en un determinado país. Por otro lado, este fenómeno también ha reforzado en la institución una visión muy acotada del enfoque sectorial y del tratamiento sectorial únicamente limitada a lo *unisectorial*, así como la identificación de la utilidad del PAS-SALUD casi exclusivamente vinculado a la concentración intrasectorial. Este tipo de visión choca con la propuesta del IV Plan Director y las metodologías del último periodo que ponen un fuerte énfasis en los resultados de desarrollo y los enfoques integrales y multisectoriales, produciendo con ello una pérdida de credibilidad o una brecha de comprensión sobre cuál es el aporte que puede y debe hacer lo sectorial en el proceso.

3.1.3. Influencia del PAS-SALUD en la asignación presupuestaria: patrones de concentración e Instrumentos

Hemos visto cómo el diseño del PAS-SALUD está vinculado a la demanda de avanzar hacia una mayor concentración sectorial y geográfica de la AOD de salud de la Agencia como estrategia para mejorar la eficacia y la calidad de la ayuda al sector. En este sentido, el PAS-SALUD proporcionaba orientaciones para acompañar esta estrategia realizando un ejercicio de priorización y propuesta de concentración de la AOD en salud aplicando los criterios técnicos ya mencionados⁴⁵.

La propuesta de concentración del PAS-SALUD forma parte de las señas de identidad del enfoque sectorial en salud de la AECID, propuesta que parte de una posición sectorial previamente definida y avalada por la institución sobre cómo asignar más eficazmente su AOD en salud para asegurar un mayor impacto en sus actuaciones. En este sentido, el PAS-SALUD proporcionaba orientaciones para guiar los esfuerzos de concentración de la Agencia a varios niveles: i) concentración subsectorial o priorización

temática (qué); ii) concentración geográfica o países prioritarios (dónde); iii) concentración y especialización en la asociación o socios prioritarios (con quién), y iv) modalidades e instrumentos prioritarios (cómo). Si bien estas orientaciones estaban destinadas a encauzar con coherencia las actuaciones de la AECID dentro del sector, forman igualmente parte de la hoja de ruta preferente del PAS-SALUD para la asignación presupuestaria dirigidas al sector. Es decir, contienen la propuesta de concentración del enfoque sectorial en salud de la AECID.

Teniendo estas orientaciones como referencia, es posible diferenciar los efectos de las decisiones motivadas por el recorte presupuestario en el sector de aquellas otras decisiones que podrían estar relacionadas con la propuesta de concentración de la ayuda de la Agencia en salud. Este aspecto es relevante porque la concentración, como principio relevante en la eficacia de la ayuda, está sujeta a garantizar que el avance efectivo hacia "menos subsectores/países/actores" (priorización) incida en la mejora de la calidad de la ayuda de esta estrategia⁴⁶.

Este apartado analiza las relaciones de correspondencia entre patrones de concentración identificados y la propuesta de concentración del propio PAS-SALUD. Asimismo, se identifican factores explicativos sobre el grado de influencia que el instrumento ha tenido en los procesos de asignación presupuestaria.

Patrón de comportamiento de la AOD de Salud de la AECID

Al igual que la Cooperación Española en su conjunto, la AECID no ha podido asegurar el volumen de ayuda destinada a salud ni el peso relativo del sector sobre el conjunto de la AOD, si bien el porcentaje de descenso en ambos casos ha sido inferior al del sistema de cooperación español. En términos absolutos, entre el 2009 y el 2012⁴⁷, el total de la AOD de salud en el sistema de cooperación español, se ha reducido en un

45 Estos criterios formaron parte de la metodología común aplicada a todos los PAS desarrollados con el fin de priorizar líneas de actuación. En ellos se articulaban elementos objetivos (a través de análisis cuantitativos/ estadísticas y cualitativo), consensos internacionales sobre la eficacia de la ayuda y, en el caso concreto del PAS-SALUD, del marco doctrinal internacional de salud y en salud global. Los criterios comunes fueron; i) Coherencia con los objetivos de la cooperación española; ii) Eficacia de la ayuda (entre el que estaba el histórico de contracción de la AOD); iii) Capacidad técnica-temática de la cooperación española.

46 Para ello, y según se recoge en la fundamentación de los PAS, la estrategia de concentración debe estar sustentada en un proceso de selección racional y de priorización basada en evidencias y criterios tanto técnicos como políticos. Véase pie de página 62.

47 Se recoge entre los limitantes de la evaluación que en el momento de la recopilación de la información para la evaluación, no estaban disponibles los datos del Seguimiento de PACI para el 2013, lo que supuso un limitante para el alcance de la evaluación (2010-2013). Por este motivo, el equipo evaluador decidió ampliar a 2009 los años de estudio, utilizando este primer año como medida de contraste para el periodo 2010-2012. Sin embargo, en algunos casos, y si el dato estaba disponible, se utilizaron datos provisionales de la SGCID de 2013.

Tabla 2. Relación entre AOD en salud de la CE y AECID. AOD neta y peso relativo del sector salud

	AOD SCE	AOD Salud	%	AOD AECID	AOD Salud AECID	%
2009	4.728.048.651	499.128.135	10,56%	904.322.256	99.317.696	10,98%
2010	4.491.838.980	383.045.286	8,53%	861.715.544	81.290.489	9,43%
2011	2.987.548.922	191.130.591	6,40%	850.638.141	65.970.833	7,76%
2012	1.585.046.050	74.015.650	4,67%	386.007.095	30.661.266	7,94%
Total	13.792.482.603	1.147.319.661		3.002.683.036	277.240.285	

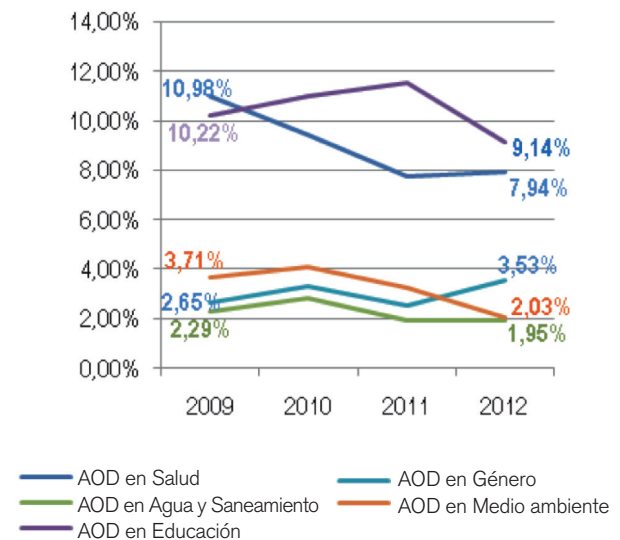
Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI (2009-2012)

85,17% frente al 69,13% de la AECID⁴⁸. También el peso relativo del sector ha decrecido en el sistema de cooperación español. y en AECID, aunque a ritmos distintos; mientras en el primer caso el peso relativo del sector salud ha disminuido en casi seis puntos, en AECID el descenso ha sido de tres puntos.

En la AECID y con respecto al resto de los sectores considerados⁴⁹, estos tres puntos son significativos porque convierten al sector salud en el que mayor peso relativo ha perdido dentro de la Agencia, tal y como se muestra en el gráfico 3⁵⁰. Este mismo gráfico recoge cómo el descenso de la AOD de la Agencia destinada al sector comenzó con anterioridad al PAS-SALUD hasta encontrar su cuota mínima justo en el momento que el instrumento entra en vigor, donde se incrementa levemente el peso relativo del sector.

A nivel del sistema de cooperación español, este descenso en los fondos destinados al sector salud se explica en parte por el descenso de los fondos multilaterales a salud, una explicación que en el caso de AECID no es tan clara. Gran parte del crecimiento de la AOD en salud en los años anteriores al 2009 se realizó fundamentalmente a expensas de la vía multilateral, la modalidad de ayuda más afectada por la reducción de la ayuda en la Cooperación Española a partir de 2010⁵¹. En la Agencia, esta modalidad no ha sido la más representativa en el sector⁵²: en 2009 la Agencia canalizaba vía multilateral un 17,68% de la ayuda a salud (17.560.219€) y, aunque el porcentaje

ha ido fluctuando anualmente, representaba en 2012 el 12,93% (3.963.662€).

Gráfico 3. Evolución del peso relativo del sector salud en relación a otros sectores considerados sobre el total de la AOD Neta en AECID

En conjunto, esta trayectoria de descenso continuado de la AOD en salud en términos absolutos no visibiliza la importancia de la salud como sector prioritario en la Cooperación Española para la lucha contra la pobreza y el avance en el logro de los ODM⁵³. Asimismo, el peso relativo de la ayuda al sector en estos años ha ido alejando a la Agencia, al igual que a los restantes actores de la Cooperación Española, de alcanzar el 15% de la

48 Véase Anexo 4, Tabla 1 "Evolución anual de la AOD NETA en salud por agente (2009-2012)".

49 Véase Anexo 4, Tabla 4 "Evolución anual de la AOD Neta en salud y resto de sectores en AECID".

50 En el periodo 2009-2012, el sector salud perdió un 3,04% en su peso relativo sobre el total de la AOD neta de la Agencia, con un descenso en valores absolutos del 69,13% (- 68.656.430). Medioambiente ha sido el sector con un mayor reducción en su presupuesto en términos absolutos: en el periodo bajo análisis, su peso relativo sobre el total de la AOD neta de AECID ha bajado de 3,71% a 2,03%, sin embargo, en términos absolutos su reducción ha sido del 76,64% (25.706.697).

51 Véase Anexo 4, Tabla 2 "Evolución anual de la AOD Neta en salud del SCE por modalidad de ayuda 2009-2012".

52 Véase Anexo 4, Tabla 3 "Evolución anual de la AOD Neta en salud en AECID por modalidad de ayuda 2009-2012".

53 Los 3 ODM relacionados directamente con la salud son: ODM4. Reducir la mortalidad infantil, ODM5. Mejorar la salud materna y ODM6. Combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades.

AOD para salud⁵⁴, una condición considerada internacionalmente como indispensable para contribuir a un verdadero impacto en la salud y un elemento de armonización y coherencia con los EEMM de la Unión Europea que fue establecida con el fin de ayudar a cumplir los compromisos internacionales con el derecho a la salud.

Patrones de concentración subsectorial

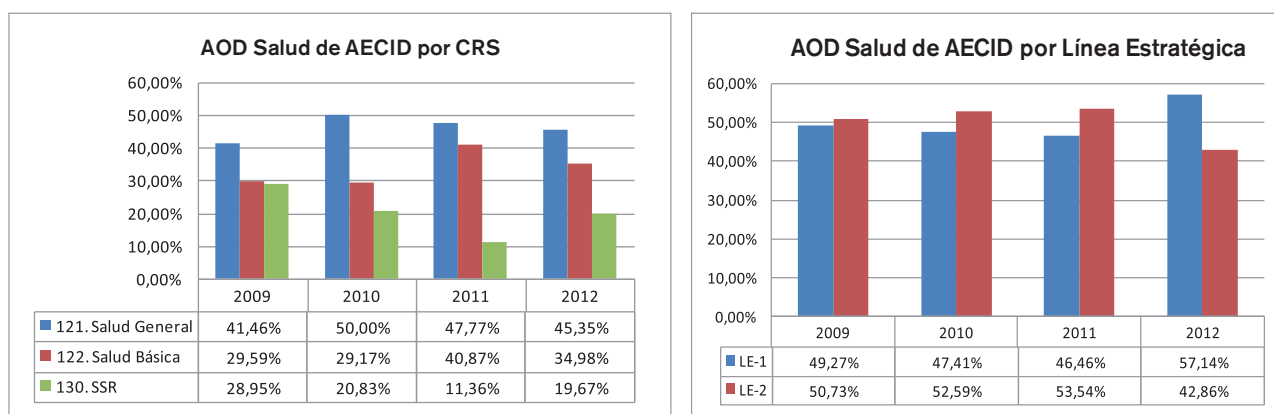
Con una reducción del 69,13% de la AOD de la Agencia al sector, y a pesar de la disminución del 66,23% los fondos destinados al CRS 121 "Salud General", éste ha concentrado el 48,37% (86.063.441 €) del total de la AOD de salud a lo largo del periodo 2010-2012⁵⁵. El sector CRS 121 es el más claramente vinculado al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y se identifica como la apuesta más clara de la Agencia para avanzar de forma efectiva y sostenible hacia el logro de los ODM de salud. Se constata aquí que, a pesar de las limitaciones de la previsibilidad bilateral, hay una coherencia entre el mensaje que ha permeado el discurso de salud de la Agencia y el destino subsectorial de la AOD del sector. Este hecho resulta aún más significativo cuando se registra una brecha de casi 20 puntos en el apoyo prestando a esta línea por la AECID en relación a la AGE (27,94%) y la cooperación descentralizada (24,79%)⁵⁶.

El Área de Salud desarrolló una propuesta para que la información sobre la ayuda al sector volcada en los CRS permitiera igualmente dar seguimiento a la evolución de la AOD según las líneas estratégicas del PAS-SALUD⁵⁷. Según esta reclasificación de los códigos CRS que contribuyen al fortalecimiento de los sistemas de salud, la variación en el cálculo de la ayuda destinada a LE-1 variaría muy poco con respecto a la cifra oficial de la ayuda al sector CRS 121, aglutinando el 48,73% (86.706.395) del total de financiación que ha registrado el sector en el periodo 2010-2012.

Este dato debe ser interpretado con la constatación recogida en el epígrafe 3.1.2. donde se ha identificado que cuando se ha priorizado el sector salud en la planificación geográfica, la línea de trabajo que se sigue en los países se alinea con el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud de los países, teniendo como socios a los Ministerios de Salud y sus planificaciones nacionales como referencia⁵⁸.

La LE-2 del PAS-SALUD es un conjunto heterogéneo de varias líneas de trabajo y acoge información de numerosos códigos del conjunto de los sectores CRS de salud. Según la propuesta del Área de Salud, formarían parte de esta Línea, entre otros, los códigos referidos a asistencia básica (12220), formación de personal sanitario (12181 y 12281) nutrición básica (12240) o

Gráfico 4. AOD Neta en salud de AECID desglosado por CRS y Líneas Estratégicas



Fuente. Seguimiento PACI 2009-2012

54 El cálculo de este porcentaje se fundamenta en el coste de las necesidades sanitarias por personas establecido por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS y en el coste de la reducción de la pobreza realizada por el Banco Mundial. (Explicación detallada en Informe 2009 sobre salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria).

55 Véase Anexo 4, Tabla 5 "AOD Neta en el sector salud desglosado por CRS en AECID 2009-2012".

56 AGE, 151.423.427 y Descentralizada 25.751.693. Fuente: Base de datos sobre el Seguimiento PACI 2009-2012.

57 Esta propuesta formó parte de un trabajo conjunto del Departamento de Cooperación Sectorial que involucró a todos los sectores. En el caso concreto del Área de Salud, los CRS que alimentarían la LE-1 serían 12110, 12182, 12230, 12261, 13010 y 13030. La LE-2 estaría conformada por los restantes códigos de los CRS 121, 122 y 130.

58 Véase Anexo 3 sobre la presencia del sector salud en las planificaciones geográficas.

atención a la salud reproductiva (13020). El volumen de fondos que han aglutinado estas temáticas en el periodo bajo análisis explica por qué la LE-2 ha canalizado en su conjunto el 51,27% (91.216.193 €) de la AOD de la Agencia en salud, mayoritariamente bilateral y a través de las ONGD.⁵⁹

Si se comparan estos datos sobre la reclasificación propuesta por AECID con los datos de 2009, hasta el año 2012 no se aprecian variaciones significativas en los patrones de concentración que puedan mostrar cambios de tendencia en la asignación presupuestaria al sector. Sin embargo, ese año, con una reducción del 53,52% de la ayuda al sector, se produce un pronunciado **cambio de tendencia con 14,28 puntos porcentuales de diferencia entre la LE-1 y la LE-2, favorable a la primera**, siendo ésta una de las metas o señas de identidad del PAS-SALUD⁶⁰. De confirmarse esta tendencia en los próximos años podría indicar un cambio significativo en la estrategia de financiación al sector, novedoso en el histórico de priorización de la ayuda al sector, y alineado con la propuesta del PAS-SALUD.

Paralelamente, si atendemos a la distribución subsectorial de la ayuda, existe una significativa dispersión en los temas sanitarios apoyados por la Agencia donde la disminución de la AOD al sector no ha conducido a una mayor concentración intrasectorial⁶¹. Si bien esto es así, con una mirada más detenida a la distribución por sector CRS, se identifican tres tendencias de concentración en estos años:

- Tres ámbitos han concentrado más de dos terceras partes de la AOD en salud de la Agencia: política sanitaria y gestión administrativa (35,6%); asistencia sanitaria (24,9%)⁶² e investigación médica (7,7%). Estos ámbitos están dentro de las acciones prioritarias recogidas en el PAS-SALUD y cubren aspectos considerados pilares básicos de los sistemas de salud y relacionados con el modelo 4x4 que estructura el PAS-SALUD.
- Tras una tendencia de decrecimiento anual de la ayuda, en 2012 desaparece el apoyo a la formación (formación médica-12181 y educación sanitaria-12261) y disminuye la ayuda a formación de personal

sanitario-12281 con respecto a años anteriores hasta representar un 1,6% (500.000€). Solo se incrementa en este año la formación específica destinada a población y salud reproductiva (CRS 13081), que supone un 2,72% (834.066€) del total de la AOD en salud de la AECID en ese año. Esta tendencia podría no reflejar la apuesta del PAS-SALUD al apoyo a la promoción de la formación y los recursos humanos de calidad en los sistemas de salud, aunque por el hecho de apoyar la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma más integrada e incorporando los pilares básicos de los sistemas de salud (RRHH, medicamentos, equipamiento, infraestructura), estas acciones de formación podrían estar incluidas en acciones más integrales y, por ello, registradas en otros códigos

- Tras un decrecimiento anual, en 2012 desaparece el apoyo de la Agencia a los sectores CRS 13040 y 12263 destinados a la atención de enfermedades (ETS, VIH-SIDA y Tuberculosis), ya apoyadas por la Cooperación Española a través de otros instrumentos multilaterales, como es el caso del Fondo Global, una propuesta que figuraba en el PAS-SALUD.

Patrones de concentración geográfica

La reducción de más de 67 millones del presupuesto en salud en el periodo 2009-2012 no ha supuesto grandes variaciones en los porcentajes de concentración regional que existían previos a la aprobación del PAS-SALUD: África continúa siendo el continente priorizado en salud con un 56,86% de la ayuda en este periodo (frente al 63,7% de 2009) y América Latina avanza hasta el 26,10%⁶³ (frente al 22,9% de 2009)⁶⁴.

Resultan más significativos los patrones de concentración de la ayuda por país atendiendo al listado de países que priorizó el PAS-SALUD para trabajar en salud. **Los 16 países que han priorizado salud en sus MAP o le dan un espacio importante en él, concentran el 60,1% (93.428.497€) del total de la AOD en salud desembolsadas por AECID en el periodo**

59 Véase apartado siguiente sobre patrones de concentración por modalidad de ayuda e instrumento.

60 Una de las señas de identidad del enfoque sectorial en salud de la AECID recogida por el PAS-SALUD estaba referida a la disminución del % de AOD de salud total de la Agencia en la LE-2, aumentando el % de la AOD para la LE-1.

61 Véase Anexo 5, Tabla 5 "AOD Neta en el sector salud desglosado por CRS en AECID 2009-2012".

62 Este porcentaje suma los datos de los códigos 12220-Asistencia Sanitaria Básica (12,9%) y 13020-Atención salud reproductiva (11,96%).

63 América Latina y Caribe, 46.434.206 y África, 101.169.587. Fuente: Base de datos sobre el Seguimiento PACI 2009-2012.

64 Véase Anexo 5, Tabla 6 "Evolución de la AOD Neta en salud de la AECID por regiones y año 2009-2012".

Tabla 3. Países con actuaciones en salud en sus planificaciones geográficas en relación con su posición entre los países receptores de AOD Bilateral Bruta salud de la AECID en el periodo 2009-2012 y los países priorizados por el PAS-SALUD

Países	Priorización PAS-SALUD	Receptor AOD Salud	2010-2012	% sobre el total AOD salud
Mozambique	1	1	14.897.689	9,42%
Etiopía	6	2	14.797.487	9,36%
Níger	2	3	12.626.361	7,99%
Marruecos	18	5	9.626.795	6,09%
Malí	3	6	9.559.818	6,05%
Bolivia	15	8	8.689.998	5,50%
Perú	16	9	6.230.358	3,94%
Mauritania	7	10	5.039.317	3,19%
Paraguay	14	12	4.357.382	2,76%
Guatemala	8	14	3.953.444	2,50%
El Salvador	17	16	3.649.848	2,31%

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012

2010-2012, encontrándose 11 de los 16 países entre los primeros 20 países receptores⁶⁵ de la ayuda de la Agencia al sector⁶⁶. El orden de correspondencia entre los países con mayor AOD de salud y la priorización de países para trabajar en salud como sector prioritario que presentaba el PAS-SALUD sería el representado en la Tabla 3. Este ejercicio muestra la existencia de una relación de correspondencia menor o igual a 5 puntos entre la priorización propuesta por el PAS-SALUD y el destino de la ayuda en 7/11 casos (Mozambique, Etiopía, Níger, Malí, Mauritania, Paraguay y El Salvador).

Sin dejar de ser significativo este patrón de concentración, los datos también muestran como **el 40% (64.658.181€) restante de la ayuda al sector se distribuye en más de 50 países distintos** y, en la mayoría de los casos, con unos montos poco significativos para poder realmente impactar en el sector⁶⁷. Esta dispersión, que ya fue señalada en el diagnóstico del sector salud previo a la elaboración del PAS-SALUD (58 países receptores de AOD de salud en 2008), habría aumentado en estos años.

Como patrón general, los polos de concentración geográfica de la AOD de salud en el periodo 2010-2012

se sitúan en África y en los Países Menos Adelantados (PMA), un patrón en coherencia con el PAS-SALUD y con el marco rector en el cual se sustenta y que busca impactar en la pobreza. El punto de cambio se localiza en el leve incremento de la AOD destinada a América Latina y a los PRM, como ya se reflejaba en el análisis de los MAP⁶⁸. En el periodo bajo análisis, **los PRM han canalizado el 25,9% (41.085.960€) de la ayuda al sector** lo que implica una necesidad de definir cómo abordar la salud en este tipo de países, sin desatender las desigualdades internas de los PRM y de América Latina.

Patrones de concentración por socio estratégico

La definición de socio estratégico para aumentar la calidad y eficacia de la AECID destinada a salud, es un aspecto relevante en el Diagnóstico debido a la multiplicidad de actores que tradicionalmente han trabajado en el sector. Se entiende que esta circunstancia ha contribuido a generar duplicidades, una menor eficiencia en los recursos y disfunciones en la coherencia y articulación de acciones en salud. En el contexto presupuestario de la Cooperación Española era esperable la disminución del apoyo al número de

65 Ecuador, México, Costa Rica, Uruguay y Panamá no están en el grupo de los principales receptores de la ayuda de la AECID a salud. Estos países acumulan en total un 2,9% de la AOD al sector de la AECID.

66 Véase Anexo V, Tabla 7 " Principales países receptores de AOD Bilateral Bruta salud de la AECID en el periodo 2009-2012 y porcentaje sobre el total de la AOD en salud en ese periodo".

67 Por ejemplo, 16 países han sido receptores de montos globales igual o inferior a 100.000 euros durante la totalidad del periodo 2010-2012.

68 Véase epígrafe 3.1.2. sobre la presencia del sector salud en los MAP.

actores en salud y que la dispersión en el número de ejecutores de la ayuda se haya reducido. Junto a esta reducción, se aprecia igualmente una mayor especialización sectorial en los socios estratégicos del sector salud durante el periodo de vigencia del PAS-SALUD.

Las ONGD gestionaron el 47,86% (85.149.560€)⁶⁹ del total de la AOD en salud de la Agencia⁷⁰ en el período 2010-2012, siendo el principal actor ejecutor de la ayuda bilateral en salud, hecho que podría explicarse por el trabajo conjunto del Área de Salud y el Departamento de ONGD para que, desde los instrumentos habilitados para estas organizaciones, se orientara la ayuda hacia un mayor alineamiento con el contenido del PAS-SALUD. Las entrevistas realizadas a representantes de ONGD confirman que el PAS-SALUD es una referencia a la hora de desarrollar las propuestas a ser financiadas por la Agencia.

Paralelamente, se ha establecido un procedimiento interdepartamental para las convocatorias de convenios, donde participa el Departamento de Cooperación Sectorial, y que está dando frutos visibles en términos de concentración en el sector. Considerando los fondos de salud canalizados vía Convenio⁷¹ en las convocatorias 2010 y 2014 facilitados por el Departamento de ONGD⁷², un 60,6% (89.840.995€) del presupuesto estaría ejecutado a través de 10 ONGD calificadas⁷³ para trabajar en salud, mientras que el restante 39,4% (58.341.595€) de la ayuda estaría gestionado por 7 organizaciones clasificadas como generalistas.

Entre las ONGD calificadas se destinó el 54,4% (48.920.995€) del total de los fondos al fortalecimiento de los sistemas de salud, mientras este porcentaje desciende al 11,4% (6.700.000€) en las organizaciones sin calificación para trabajar en el

sector⁷⁴. Estos datos indican que las directrices para la valoración de los Convenios y el acompañamiento del Área de Salud a cada una de las convocatorias (2010 y 2014) han permitido avanzar hacia la propuesta que realizaba el PAS-SALUD, concretamente: i) concentrando en ONGD especializadas en salud una mayor cantidad de la ayuda al sector y que éstas promuevan mayoritariamente el fortalecimiento de los sistemas de salud en sus propuestas de actuación; ii) concentrando en los contenidos de la LE-1 del PAS-SALUD un 37,5% (55.620.995€) del total del presupuesto canalizado a través de los convenios. Esta financiación de calidad, tanto por los montos como por la previsibilidad que aportan, sería susceptible de impactar más significativamente en resultados de desarrollo vinculados al derecho a la salud.

Esta situación supone un avance con respecto a la situación descrita en el diagnóstico y donde se recogía que en el año 2009, AECID financiaba en el sector salud unas 40 ONGD para un total de 32,5 millones de euros, y donde sólo 16 de ellas recibieron subvenciones superiores a 500.000€.

La ayuda multilateral de la Agencia destinada al sector salud en el periodo 2010-2012 ha supuesto el 5,65% (10.057.796€), un 9,92% (17.658.670€)⁷⁵ si sumamos la modalidad multilateral. En este periodo, los OMUDE que han canalizado la ayuda multilateral al sector fueron la OMS para las LE-1 y LE-2, y UNFPA para el componente de salud sexual y reproductiva, mostrando el apoyo de la Agencia a organismos con mandato en salud y especializados en intervenciones dentro de los programas prioritarios⁷⁶.

Con la revisión documental realizada se constata la labor de incidencia desarrollada por el Área de Salud

69 Véase Anexo 4. Tabla 8 "Evolución anual de la AOD en salud en AECID por instrumento de canalización de la ayuda 2009-2012"

70 SGCID. Seguimiento del PACI 2010-2012.

71 Los convenios sólo pueden ser solicitados por ONGD españolas calificadas y permiten financiar intervenciones estratégicas de hasta 4 años, de grandes presupuesto y que la Agencia negocia en detalle con las organizaciones. Por sus características, los Convenios serían los instrumentos de financiación vinculada a los socios estratégicos dentro de las ONGD. Según los datos disponibles en la web del Departamento de ONGD, el presupuesto total para Convenios en Convocatorias de 2010 y 2014 ha ascendido a 148.182.590 .

72 Para el desarrollo de este punto sobre los Convenios de salud se ha tomado como fuente las bases de datos del Departamento de ONGD.

73 Las "ONGD calificadas" son socios especiales de la AECID en la ejecución de la política de cooperación. Con estas ONGD calificadas se acuerdan las intervenciones a desarrollar (llamadas convenios) para abordar actuaciones de cierto alcance y envergadura y se financian en escenarios plurianuales con una importante dotación económica. Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID (2014).

74 En total, el 37,5% (55.620.995) del total de la ayuda en salud canalizada a través de convenios se destinó al fortalecimiento institucional de los sistemas de salud, con independencia de la calificación de la ONGD ejecutora de la ayuda.

75 SGCID. Seguimiento del PACI 2010-2012.

76 En el periodo de vigencia del PAS-SALUD, la OMS canalizó un 41,42% (4.742.726) del total de la AOD multilateral de AECID, toda ella como contribuciones voluntarias y obligatorias. UNFPA representa el 26,20% (1.824.898) del presupuesto de la Agencia canalizado bajo esta modalidad sin especificar el instrumento de canalización. Fuente: InfoADO 2011-2013.

que, atendiendo al enfoque sectorial contenido en el PAS-SALUD, con objeto de lograr una financiación más predecible y menos marcada para la OMS con el fin de permitirle una mayor eficacia, después de 2011 se ha canalizado la AOD destinada a este organismo únicamente vía contribuciones voluntarias u obligatorias, reduciendo la fragmentación de la financiación de la OMS y optimizando las ventajas del rol normativo y técnico del organismo.

Por otro lado, si bien no constan contribuciones a la OPS durante este periodo, sí se reconoce a este organismo como socio estratégico del sector para la Agencia. A este respecto resulta relevante recoger el grado de alineación de Programación Operativa Plurianual 2013–2015⁷⁷ del Fondo España-OPS con el contenido del PAS-SALUD. Entre las cuatro prioridades de trabajo establecidas para el Programa se encuentra el fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos, así como el impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en el sistema de salud. Con la OPS se han concentrado los fondos en esferas “estratégicas altas” y no a nivel micro, marcando las actividades de la organización para permitir al organismo determinar sus propias actuaciones dentro de las prioridades de nuestro PAS-SALUD y del presupuesto pactado en el Fondo⁷⁸. En las entrevistas se confirmó la relevancia del PAS-SALUD como documento de consulta a la hora de hacer las planificaciones del Fondo España-OPS.

Si bien no está protocolizada la coordinación entre el Departamento de Cooperación Multilateral y Departamento de Cooperación Sectorial⁷⁹, la revisión documental y las entrevistas realizadas han dejado constancia del acompañamiento y el asesoramiento cercano del Área de Salud al Departamento de Cooperación Multilateral en el destino de los fondos destinados a la OMS una vez la horquilla de financiación al sector o al organismo era fijada en otros espacios de decisión.

En relación a los **países socios estratégicos** en salud para la AECID, ya se ha señalado en el apartado de patrones de concentración geográfica, la correspondencia que existe entre los países priorizados por el PAS-SALUD y el volumen de ayuda en salud que canalizan cada uno de ellos. Adicionalmente, se señalan dos aspectos:

- Los países que se han adherido a la IHP+ son claros socios estratégicos de la Agencia para la mejora de la calidad y la eficacia de la ayuda en salud. Mozambique, Etiopía, Níger, Mali, Marruecos, Mauritania o El Salvador no solo se encuentran entre los países con una mayor recepción de fondos, sino también entre los que cuentan con una mayor calidad en la financiación gracias al apoyo presupuestario, buscando conseguir una financiación predecible y sostenible de los sistemas de salud que, asimismo, permita fortalecer el diálogo de política sectorial de la Cooperación Española con el país.
- Durante la vigencia del PAS-SALUD, la Agencia ha canalizado el 34,91% (43.251.659€) de la ayuda al sector a través de entidades de los países socios, un dato relevante en términos de apropiación de la ayuda al sector. Si bien el 90,5% (39.145.322€)⁸⁰ de ella se canaliza a través de entidades públicas (apoyo presupuestario, fondos comunes o proyectos), el restante se canaliza por medio de ONGD de los países socios, sus universidades y otras entidades sin ánimo de lucro que responde al interés por trabajar la salud desde un enfoque de derechos y por promover la participación y la apropiación democrática de la salud.

Patrones de concentración por modalidad e instrumento⁸¹

En el caso de la AECID, la evolución anual por modalidad de ayuda tiene menos sentido explicativo que para el sistema de cooperación español, dado que el presupuesto de la Agencia es básicamente bilateral.

77 En http://www.paho.org/esp/index.php?option=com_content&view=article&id=668&Itemid=497

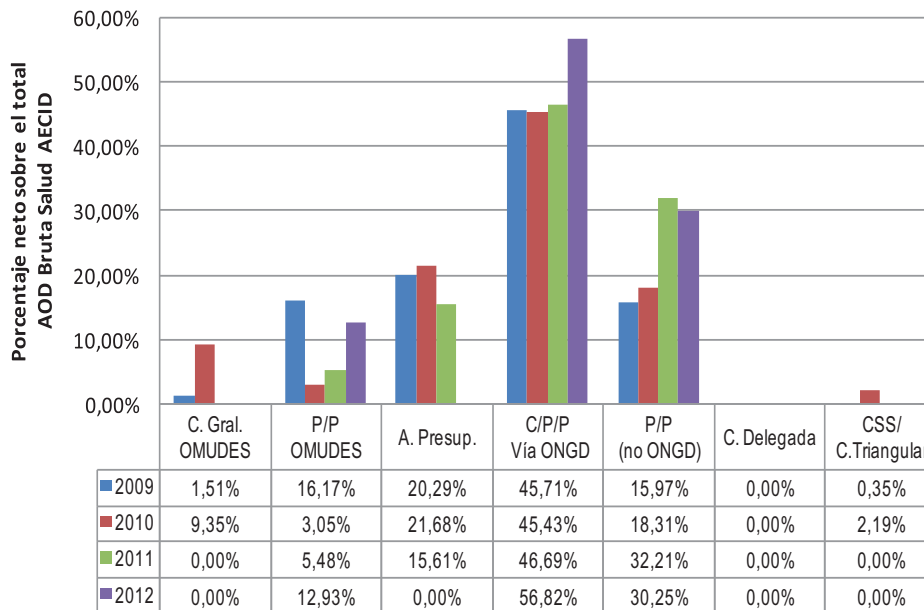
78 Se permite al organismo marcar las actuaciones “siempre y cuando estén dentro de las prioridades de nuestro PAS Salud y se ajusten a los % de presupuesto que hemos pactado el primer año la planificación estratégica multianual, la AECID quiere concentrar sus fondos en la LE 1 del PAS de SALUD hasta un 80% de los fondos (...) Este esfuerzo nos permite a todos asegurar una relación estratégica entre ambas instituciones sin interferir en la gobernanza del organismo y que al ser plurianual permite previsibilidad en el tipo de intervención, aunque no de fondos puesto que anualmente en cada revisión conjunta se deben volver a atribuir fondos a cada. POA. Nota de posicionamiento interno para la financiación del organismo (2013).

79 Véase epígrafe 3.2. sobre la coordinación interdepartamental.

80 Fuente: InfoAOD para el periodo 2011-2013.

81 Modalidades: opciones de canalización y entrega de la ayuda. Instrumentos: cómo se materializa la ayuda en el país socio. Procedimiento administrativo: mecanismos para la transferencia de la ayuda. Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID (2014)

Gráfico 5. Evolución anual de la AOD en salud en AECID por instrumento de canalización de la ayuda 2009-2012



Fuente: Seguimiento PACI 2009-2012

Entre los años 2010 y 2012, algo más del 90% (160.263.919€) de la AOD de la Agencia en salud computó como bilateral, siendo un 9,92% (17.658.670€) el total de la AOD de salud canalizada a través de OMUDES.

Lo más llamativo en este ámbito de concentración son los problemas de previsibilidad que ha enfrentado la ayuda destinada al sector y cómo se identifica una propuesta para mitigarla. En este sentido, son instrumentos clave para asegurar la relación estratégica con los socios del sector aquellos que aporten una financiación más predecible y menos marcada, que permita a los socios planificar estratégicamente sus actuaciones. Las contribuciones generales a los OMUDE, los convenios a ONGD y el apoyo presupuestario a los países socios son los instrumentos sobre los que mayormente se debe atender su patrón de concentración por ser los que mayor estabilidad y potencial impacto ofrecen al sector.

La ayuda bilateral de la Agencia dirigida al sector ha sufrido una reducción de fondos de algo más de un 57% entre 2011 y 2012⁸². La falta de previsibilidad que conlleva la modalidad bilateral de financiación al sector requiere prestar una atención adicional al instrumento de canalización de la ayuda para incidir y compensar una previsibilidad que el contexto presupuestario de la Cooperación Española no puede asegurar.

Según los datos facilitados por SGCID, los instrumentos que han canalizado un mayor volumen de AOD de Salud de la Agencia en el periodo 2010-2012, son en este orden: los convenios⁸³, programas y proyectos vía ONGD (47,86%), los programas y proyectos por vía distinta a ONGD u OMUDE (25,52%), el apoyo presupuestario (15,7%) y los programas y proyectos con OMUDE (5,65%)⁸⁴.

Según los datos del Seguimiento del PACI, a través del conjunto de los instrumentos habilitados para las

82 Véase Anexo 4, Tabla 3 "Evolución anual de la AOD Neta en salud en AECID por modalidad de ayuda 2009-2012" y Tabla 8 "Evolución anual de la AOD en salud en AECID por instrumento de canalización de la ayuda 2009-2012".

83 Según se recoge en la Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID, los Convenios son mecanismos administrativos para el desembolso de la ayuda. Sin embargo, en este apartado los Convenios son analizados como "instrumentos" dado que, según se recoge en esta misma Guía, responden a estrategias de apoyo a más largo plazo y de mayor impacto, tienen por finalidad la consecución de un objetivo general de desarrollo y estar reservadas a ONGD calificadas.

84 Tabla 8 "Evolución anual de la AOD en salud en AECID por instrumento de canalización de la ayuda 2009-2012".

ONGD (convenios, programas y proyectos) existe una mayor priorización de la LE-2, donde sólo la atención sanitaria aglutina casi un 50% de la ayuda canalizada bajo la suma de estos instrumentos⁸⁵. El fortalecimiento de los sistemas de salud⁸⁶ ha sido atendido por el 29,4% (25.172.797€) de la financiación, perdiendo un claro protagonismo a partir del 2011 donde comienzan a tener un mayor peso relativo los CRS identificados con la LE-2, salud básica (122) y salud sexual y reproductiva (130).

Por otro lado, es significativo el desglose de la información que aportan los **Convenios**. Este instrumento ofrece previsibilidad y calidad presupuestaria para implementar intervenciones de impacto en el sector salud. Además los Convenios han favorecido el trabajo de fortalecimiento de los sistemas de salud (37,5%) en sus distintos niveles de actuación (principalmente a nivel departamental y comunitario), seguido del trabajo

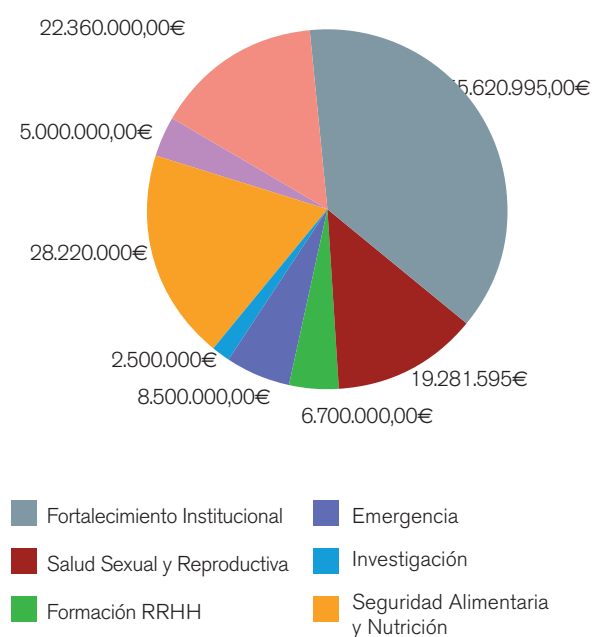
con enfoque de salud que se identifica en dos sectores: seguridad alimentaria y nutrición (19%) y agua y saneamiento (15%). Este patrón de intersectorialidad también se detectó en el análisis de los MAP. En orden de importancia, le siguen las temáticas de salud sexual y reproductiva, emergencia, formación de recursos humanos, violencia de género e investigación.

En el caso de Convenios de ONGD⁸⁷, la mayor concentración de AOD en salud se encuentra en América Latina y Caribe (46%), seguido de África Subsahariana (34%) y Países Árabes y Mediterráneo (12%). Además nuestro análisis indica que el 44% del destino de los fondos destinados a fortalecimiento institucional se han dirigido a América Latina, y casi un 39% al África Subsahariana.

En entrevistas mantenidas se considera que el papel del PAS-SALUD ha sido un referente como marco a la hora de tomar decisiones presupuestarias de la AECID en lo que se refiere a convenios y proyectos de ONGD. En los manuales de valoración se encuentra el PAS-SALUD como referencia en el proceso, pero el verdadero valor del instrumento, según el Área de Salud, es haber dotado al sector de una posición sectorial institucional que permite dar coherencia a la diversidad de actuaciones que la AECID puede financiar vía ONGD⁸⁸.

Otro de los instrumentos que ofrece una mayor previsibilidad con respecto al resto es el apoyo presupuestario. Según fuentes de AECID, dentro de la modalidad de la ayuda programática se estaría canalizando el 22,81% del total del presupuesto AECID destinado a salud en el periodo 2010-2012. Sin embargo, su peso relativo sobre el total de la AOD de salud de la Agencia para 2012 alcanzó el 56,75%. Sobre este total, un 42,07% correspondió al apoyo presupuestario prestado a los países y el restante a fondos comunes (14,68%). Si bien este dato es el resultado de la significativa reducción del presupuesto canalizado bajo otros instrumentos, es igualmente representativo porque recogería una tendencia de aproximación a la

Gráfico 6. Distribución de Convenios a ONGD por temática y área geográfica. Convocatorias 2010 y 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la información disponible sobre Convenios en las convocatorias de los años 2010 y 2014

85 El dato procede de la adición del CRS 12220 (9,5%) y CRS 13020 (20,4%), computado ambos bajo la LE-2 en la propuesta del Área de Salud ya mencionada.

86 Véase Anexo 5, Tabla 10. "AOD Bruta en el sector salud canalizado por ONGD y desglosado por CRS en AECID".

87 El equipo evaluador realizó una base de datos ad hoc para facilitar el desglose por Convenio ya que esta información no es capturada dentro del Sistema de Seguimiento del PACI. Los Convenios ofrecen información sobre previsibilidad en las actuaciones, un factor siempre clave pero aún más en contextos de recorte e incertidumbre presupuestaria

88 En AECID "las propuestas (de las ONGD para convenios) no solo tienen que ser buenas técnicamente, sino que tienen que apuntar hacia donde la AECID quiere apuntar en el sector"

meta establecida por el PAS-SALUD de canalizar un 60% de ayuda al sector a través del apoyo presupuestario⁸⁹. Sin embargo, el optimismo de esta cifra difiere de los datos facilitados por el Seguimiento del PACI 2009-2012 (gráfico 5) donde la tendencia sería decreciente hasta desaparecer el apoyo presupuestario en el 2012, para elevarse en el 2013 hasta el 26,94% (7.345.000€)⁹⁰ del total de la AOD en salud. La diferencia entre los datos aportados por las distintas fuentes apunta hacia la necesidad de homogeneizar la definición, recogida y el tratamiento de los datos bajo este instrumento.

Más allá de los fondos, la apuesta de la Cooperación Española por la ayuda programática como modalidad privilegiada de apoyo al sector queda recogida en el hecho de priorizar el apoyo presupuestario como instrumento de ayuda para salud en el continente africano (concentración instrumental) y que desde la elaboración del PAS-SALUD, el acompañamiento de AECID ha facilitado que 4 países más se hayan adherido a la IHP+: Mali, Níger, Mauritania y El Salvador.

Dentro de la propia propuesta del PAS-SALUD, la influencia del instrumento en el ámbito multilateral se aprecia en cómo se ha intensificado el diálogo de políticas sectoriales con OMUDE para la mejora de la eficacia y calidad de la ayuda en salud. Los avances en este sentido cuentan con aliados instrumentales: i) la priorización de las contribuciones voluntarias a OMUDE con mandatos en salud para fortalecer su misión y promover un diálogo de políticas más horizontal y eficaz con estos organismos, y ii) incidir en las iniciativas y programas multilaterales para que éstas se alineen lo más posible con el fortalecimiento de los sistemas y planificaciones sanitarias nacionales.

En el primer caso, según el Seguimiento del PACI, sobre el total de AOD multilateral en salud que representa el 9,92% (17.658.670€) de la ayuda al sector en el periodo 2010-2012, el 4,27% (7.600.874€) se destinó a contribuciones generales⁹¹ de organismos

con mandato en salud, un dato que muestra la priorización del instrumento para fortalecer a los OMUDE en la eficacia del cumplimiento de su mandato vinculado a salud⁹².

No obstante, se ha constatado que los compromisos financieros de la Agencia con OMUDES especializados (a excepción de la OMS) han dado al sector una engañosa estabilidad dado que, en su conjunto, los fondos canalizados vía OMUDE cuentan con una baja previsibilidad. La información aportada por el Departamento de Cooperación Multilateral ofrece indicaciones en este sentido: el presupuesto gestionado por el Departamento de Cooperación Multilateral se ha destinado a 29 subvenciones de estado distintas, de las cuales en 17 se ha constado una única financiación, mostrando una falta de continuidad en el apoyo y en la apuesta estratégica que se ha podido realizar en un determinado socio internacional.

En el segundo caso, en la revisión documental realizada se destaca la participación y contribución de la AECID en las iniciativas globales durante el periodo de vigencia del PAS-SALUD y su posición para direccionar, promover y fortalecer que la financiación destinada a OMUDE con fondos de la Agencia anteriores a la aprobación del PAS-SALUD tendiera poco a poco a articularse en mayor medida con sus orientaciones. Los documentos revisados sobre la posición de la Agencia ante las Iniciativas Globales, decisiones presupuestarias en este ámbito y aportes técnicos facilitados para la toma de decisiones en estos foros, muestran, por un lado, que el PAS-SALUD es referido como apoyo para la conformación y sustentación de posiciones técnicas que llevan a decisiones políticas de la AECID. Sin embargo, la paralización de algunas contribuciones a iniciativas globales parece haberse debido más a razones de restricciones presupuestarias que a la falta de alineamiento con las orientaciones del PAS-SALUD.

Conviviendo con lo anteriormente expuesto, no siempre el alineamiento de iniciativas globales o programas

89 Como meta figuraba en el PAS-SALUD que al final de 2012 al menos el 60% de los fondos de salud AECID se canalizarán por Apoyo Presupuestario. Se considera que esta meta era un tanto irrealista dada la línea de base de donde partía, pero también por ser un instrumento sujeto a diferentes criterios técnicos y de elegibilidad de los países susceptibles de ser apoyados a través del apoyo presupuestario. Por lo tanto, se considera que en esta meta el término más adecuado hubiera sido ayuda programática para adecuarse más al margen de maniobra e influencia real del PAS-SALUD. Para ver la evolución del instrumento, véase Anexo 4, Tabla 8. Evolución anual de la AOD en salud en AECID por instrumento de canalización de la ayuda 2009-2012 y Tabla 11 Evolución de las operaciones de Ayuda Programática 2009-2012 (AECID)

90 Fuente: InfoAOD sobre la distribución de la ayuda al sector por instrumentos.

91 Véase Anexo 5, Tabla 8 "Evolución anual de la AOD en salud en AECID por instrumento de canalización de la ayuda 2009-2012".

92 Según los datos aportados por el Departamento de Cooperación Multilateral, se ha destinado el 65,4% (20.581.169) de toda la ayuda vía OMUDES de este periodo.

multilaterales estuvo garantizado desde el inicio. En este sentido es paradigmático el caso del GFTAM, en el cual en su último periodo, con la introducción del nuevo mecanismo de financiación, empieza a observarse una mejor y mayor coincidencia entre su estrategia y el PAS-SALUD. En este caso, es importante mencionar que España no contribuye económicamente al Fondo Global desde 2010, pero no por ello ha dejado de participar técnicamente en las reuniones; o la Iniciativa Mesoamericana que ha ido en su implementación alineando las propuestas con las líneas y el enfoque del PAS-SALUD. Obviamente este cambio de orientación no es debido al PAS-SALUD, pero sí a cómo el instrumento, a partir de una posición institucional legitimada, ha permitido a la Agencia apoyar e influir decisiones y armonizarse con otros socios y donantes para influir en cambios tan estratégicos como han sido los criterios de financiación, áreas prioritarias de trabajo o el rol que las OTC pueden tener en iniciativas sobre todo en aquellas regionales que han contado o cuentan con AOD de salud de la Cooperación Española.

Por último, hay que señalar dos aspectos con respecto a los instrumentos. En primer lugar, constatar que el apartado de "Otros instrumentos" supone un 25,52% (45.410.025€) del total de la financiación al sector en el periodo 2010-2012. Este apartado lo conforman un heterogéneo grupo de instrumentos (becas, asistencias técnicas, personal del país donante, investigación, entidades privadas, PPS, etc.) que canalizan una importante cantidad de fondos en el contexto del total de la AOD de salud en la AECID, de los cuales se desconoce el grado de alineación con los contenidos del PAS-SALUD y que parecen contar con una menor "fiscalización" sobre su contribución a impactar en el derecho a la salud.

Asimismo, y a la luz del gráfico 5, llaman la atención dos datos: i) no consta que se hayan realizado operaciones de cooperación delegada, aun cuando la Agencia está acreditada para llevarlas a cabo desde el año 2011, ni ha delegado en otros actores intervenciones en el sector salud; ii) hay una subutilización del potencial que supone la cooperación técnica para apoyar al sector, sobre todo en ALC y en PRM. En el caso de la cooperación técnica, las personas expertas consultadas, consideran que falta por aprovechar el buen balance costo-eficacia que ofrecen sus instrumentos y que podría apoyarse en el valor añadido presente en España en el sector salud.

Por último, se recogen varios factores identificados en las entrevistas sobre elementos que se considera han incidido en la capacidad de influencia del PAS-SALUD en los procesos de asignación presupuestaria. Si bien el diseño del PAS-SALUD recoge disposiciones técnicas para orientar la ayuda hacia el sector en base a su estrategia de concentración, la implementación de esas disposiciones se dan en concurrencia con determinados factores que condicionan, como ocurrió anteriormente con las planificaciones geográficas, el poder dar una respuesta lineal sobre cómo el PAS-SALUD ha contribuido al proceso efectivo de concentración:

- La aplicación de las orientaciones del PAS-SALUD coinciden con una drástica reducción de presupuesto de la Cooperación Española en su conjunto y de AECID en particular creando un efecto perturbador no sólo a la hora de tomar decisiones sobre asignación de fondos, sino también afectando la previsibilidad, un factor tan fundamental para la eficacia de la ayuda como la concentración sectorial.
- El tiempo de implementación del PAS-SALUD es también un periodo de inercias presupuestarias de decisiones y compromisos asumidos que comprometan fondos, sobre todo en el ámbito multilateral, y que inevitablemente hereda el PAS-SALUD y su posible margen de influencia.
- La implementación del PAS-SALUD ocurre en un momento en el que los mecanismos de coordinación y articulación (verticales y horizontales) no tienen todavía la suficiente trayectoria como para influir en la construcción de las decisiones presupuestarias significativas que se han venido dando en este periodo sobre qué apoyar en salud, dónde y cómo.
- Si bien el PAS-SALUD ha ido ganando espacios donde es conocido y, posteriormente, las personas se han apropiado de él y lo han utilizado, su tiempo de implementación y vigencia ha sido corto, y más teniendo en cuenta que coincide con un cambio institucional en el que se identifica la necesidad en la organización de construir el tratamiento sectorial especializado.

La influencia de estos factores dificulta conocer en qué medida las orientaciones del PAS-SALUD fueron secundadas para orientar el proceso de concentración en sus diferentes parámetros, aunque, como hemos visto, sí es posible registrar patrones de

concentración⁹³ que muestran tendencias en correspondencia con las orientaciones del instrumento. Los patrones de concentración relevantes en este sentido son:

- Se identifica un cambio en la prioridad de financiación en salud de la Agencia. La LE-1 concentró en el año 2012 un 57,14% del total de la ayuda al sector, cuando históricamente sus porcentajes han sido inferiores al agregado de los códigos CRS que componen la LE-2. En el último año, con un recorte de más del 50% de la ayuda al sector, se identifica una diferencia porcentual de 15 puntos entre la LE-1 y la LE-2, favorable a la primera, siendo ésta una de las metas o señas de identidad del PAS-SALUD.
- Se identifica un esfuerzo por reducir la fragmentación de la ayuda. Si bien esta fragmentación sigue siendo un reto pendiente, se observan avances relacionados con la especialización sectorial de los socios que ejecutan ayuda en salud. A nivel geográfico, los 16 países que contemplan el sector salud en sus MAP concentran el 60,1% del total de la AOD en salud desembolsadas por la AECID en el periodo 2010-2012, encontrándose 11 de los 16 países entre los primeros 20 países receptores de la ayuda de la Agencia al sector. Asimismo, junto a la reducción del número de ejecutores de la ayuda, existe un mayor apoyo a los socios estratégicos especializados en el sector: 10 ONGD calificadas para trabajar en salud ejecutan el 60,6% del presupuesto destinado a salud en las dos convocatorias de Convenios. En relación a los OMUDE, se observa una apuesta por organismos especializados como la OMS/OPS (LE1 y LE2) y el UNFPA (salud sexual y reproductiva), y donde la OMS ha sido el organismo priorizado en la ayuda multilateral al sector.
- Se identifica un compromiso por garantizar una ayuda más predecible y menos marcada para socios estratégicos del sector a través del uso de instrumentos que ofrecen una mayor previsibilidad y calidad presupuestaria para implementar intervenciones de impacto en el sector. Bajo la modalidad bilateral, su falta de previsibilidad anual ha requerido una atención adicional al instrumento de canalización de

la ayuda para permitir compensar este déficit de predictibilidad y seguir promoviendo la posibilidad de los socios de planificar estratégicamente sus actuaciones para un mayor impacto en salud. Los convenios a ONGD y el apoyo presupuestario a los países socios comprometidos con el sector canalizan el mayor volumen de ayuda al sector.

- Con respecto a la modalidad multilateral, la ayuda en salud ha priorizado las contribuciones generales a organismos con mandato en salud para fortalecer a los OMUDE especializados en la eficacia del cumplimiento de su mandato vinculado a salud. De modo complementario a las contribuciones voluntarias, la influencia del PAS-SALUD se ha dejado notar en la orientación de la ayuda destinada a OMUDE en años previos al PAS-SALUD para que estos recursos tiendan a articularse en mayor medida con las directrices del instrumento en apoyo al fortalecimiento integral de los sistemas de salud aplicando criterios de equidad y calidad.

3.2. El Plan de Actuación Sectorial de Salud como instrumento facilitador en la coordinación entre actores

Si bien la doctrina internacional sobre el desarrollo señala la coordinación de actores como una condición necesaria para ofrecer una ayuda eficaz y de calidad, en el PAS-SALUD la coordinación es además un medio para facilitar la integración del enfoque sectorial de salud en las actuaciones de la Agencia, y un requisito para fortalecer este mismo enfoque dada la multiplicidad de actores que ejecutan ayuda en salud.

El Diagnóstico identificó debilidades⁹⁴ significativas en la coordinación institucional e incluyó entre sus recomendaciones la necesidad de mejorarla a diferentes niveles. El PAS-SALUD asume estas recomendaciones, tanto para fortalecer la gestión interna y coordinación con otras áreas de cooperación sectorial, como para fomentar el diálogo técnico y político de la Agencia con organismos internacionales y entidades nacionales expertas en salud y cooperación. Todo ello debía

93 Se toma 2009-2012 como periodo referencia para el análisis de datos, siendo los datos del año 2009, -previo a la aprobación del PAS-SALUD, los que actuación como línea de base.

94 Entre estas debilidades se identificaron: i) falta de coordinación y articulación de la Cooperación de la AGE incompleta y mejorable; ii) falta de integración en la cultura y en la realidad de la Cooperación Española de elementos definidos por el propio diagnóstico como innovadores, como la coordinación, división del trabajo, complementariedad, sinergias y delegación; iii) falta de integración de la Dirección de Cooperación Sectorial y Multilateral en los procesos de toma de decisiones de las Direcciones Geográficas y de las ONGD.

Cuadro 7. Elementos de coordinación identificados en el PAS-SALUD

Ámbito	Recomendación del Diagnóstico	Elementos de coordinación identificados en el PAS-SALUD
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la transparencia, alineamiento, predictibilidad, armonización y rendición de cuentas. Priorización de la ayuda y el apoyo presupuestario, previo análisis conjunto de cada realidad local en coordinación con otros donantes apostando por la IHP+. 	LE-1 <ul style="list-style-type: none"> Priorización de la IHP+. LE-2 <ul style="list-style-type: none"> Asegurar la coordinación y articulación entre programas regionales y actividades de país y maximizar el valor añadido de lo regional.
Organización, gestión y capacidades	<ul style="list-style-type: none"> Con el fin de mejorar la comunicación y coordinación, se recomienda protocolizar todos los procesos, tanto internos como externos, con el fin de formalizar las relaciones entre departamentos sectoriales/ técnicos y unidades geográficas, y vincularlo a un sistema de información y de gestión 	LE-3 componente de Coherencia: <ul style="list-style-type: none"> Coordinación interdepartamental para la transversalización de la salud con especial énfasis en los convenios de ayuda humanitaria y los programas regionales. LE-3 componente de Gestión del Conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> Creación de la Red de expertos/as en salud de AECID. Creación de Mesas de socios de la Cooperación Española (Mesa de Armonización de salud de la Cooperación Española y MIMAS). Creación de la base de datos de expertos/as externos/as a AECID y el refuerzo de la capacidad de diálogo técnico para aumentar la incidencia estratégica en foros nacionales e internacionales.

Fuente: Elaboración propia en base al PAS-SALUD

sucedier en un marco promotor de la mejora de los sistemas de información, con un enfoque de gestión integral del conocimiento y atendiendo a la transparencia y la rendición de cuentas a la ciudadanía sobre cooperación en salud. Para contribuir a ello, y en base a las recomendaciones del diagnóstico dispondrá entre sus acciones prioritarias las contenidas en el cuadro 7.

En este apartado se valora cómo los procesos de coordinación propuestos por el PAS-SALUD se han llevado a cabo. En el epígrafe 3.2.1. se analiza en qué medida el PAS-SALUD ha sido un instrumento facilitador en la coordinación institucional entre actores y cómo la transversalización de la salud ha sido abordada en este periodo para incorporar el sector en actuaciones no sanitarias de la AECID. Los epígrafes 3.2.2 y 3.2.3. tratan, respectivamente, el rol desempeñado por el PAS-SALUD en la mejora de la coordinación de la AECID con otros agentes sectoriales de la Cooperación Española, así como en la facilitación de iniciativas de armonización con actores a nivel internacional.

3.2.1. Coordinación institucional

“La AECID son muchas AECIDs”. Esta afirmación, extraída de una de las entrevistas, muestra la percepción de la Agencia como una institución compleja, compuesta por una multiplicidad de visiones, actores y prioridades. Con ello, se muestra también la relevancia que tiene la coordinación dentro de la propia institución para asegurar la coherencia del enfoque sectorial de

salud, y el impacto en el sector de las actuaciones que se ejecutan o se apoyan desde AECID.

Asimismo, el Diagnóstico recogía como debilidad la falta de coordinación interna en la AECID, la necesidad de formalizar sus procedimientos internos para el trabajo en salud y las complejidades de establecer procesos y mecanismos para una coordinación significativa y de calidad entre sede y terreno. El diseño del PAS-SALUD, siguiendo las recomendaciones del diagnóstico, propuso: i) promover la aplicación de protocolos de actuación y coordinación con otras unidades de la Agencia para integrar el enfoque sectorial de salud en los diferentes espacios de decisión y procesos clave de la organización; ii) promover una mayor articulación entre las actuaciones y la creación de espacios técnicos de intercambio vinculados a la gestión del conocimiento para capitalizar los aprendizajes de los actores sectoriales.

Coordinación interdepartamental

A este nivel, se reconoce una frecuencia mayor de intercambio de información entre las unidades de la Agencia en temas de salud y el refuerzo del asesoramiento especializado en salud, pero no que ambos hechos hayan promovido un mayor nivel de coordinación y colaboración interdepartamental

Dentro de las unidades que conforman la **Dirección de Cooperación Multilateral, Sectorial y Financiera**,

más allá de las reuniones de coordinación entre las Jefaturas de los Departamentos y la Dirección, se han identificado los siguientes mecanismos de coordinación con otras unidades para la acción en salud:

- Con el Departamento de ONGD existe un mecanismo formal establecido para la valoración de proyectos y convenios de ONGD. En este mecanismo están definidas las unidades que participan en el proceso de valoración y las Áreas Sectoriales están incluidas en el mismo. El Área de Salud valora únicamente las iniciativas de salud —no las de otros sectores— de acuerdo a la calidad técnica de la propuesta y atendiendo a su alineación con el PAS-SALUD para asegurar la coherencia general del enfoque sectorial en salud de la AECID. Sin embargo, se observa que la participación de las áreas sectoriales está limitada a los convenios de su propio sector viendo de esta manera limitada, en opinión de los y las técnicos/as entrevistados, la capacidad de realizar una valoración con una mirada intersectorial y/o, en el caso de salud, de transversalizar la salud en todas las acciones, tal y como proponía el PAS-SALUD. En este sentido, cabe señalar la excepción de la participación de áreas transversales como Género y Medio Ambiente y, en el caso de la Salud Sexual y Reproductiva, la valoración conjunta del Área de Salud y de Género, siguiendo en esa línea la complementariedad que proponía el PAS-SALUD con el PAS de Género.
- Con el Departamento de Cooperación Multilateral no se han identificado mecanismos formales de coordinación, pero sí frecuentes apoyos y asesoramientos del Área de Salud. La revisión del informe de actividades del Departamento de Cooperación Sectorial 2011-2012 y las entrevistas mantenidas con el Departamento de Cooperación Multilateral y el Área de Salud, permiten identificar los asesoramientos técnicos más habituales: i) el apoyo en la elaboración de posicionamientos y para la participación directa o indirecta de la Agencia en los órganos de gestión y gobierno o foros de debate con OMUDES; ii) el apoyo técnico sectorial en el seguimiento y evaluación de la gestión de intervenciones e iniciativas; iii) el asesoramiento y valoración de propuestas de intervención vía OMUDE (fondos, programas, contribuciones, etc.); iv) la participación en la construcción de los

aspectos estratégicos sectoriales en acuerdos, Convenios, MoU y MAE con OMUDE (UNICEF y UNFPA), y; v) el apoyo especializado sectorial en la elaboración de los expedientes administrativos (OMS, OPS y otros OMUDE especializados).

En esta relación de trabajo con el Departamento de Cooperación Multilateral no se ha identificado en el periodo de vigencia del PAS-SALUD ningún procedimiento formal definido que permita a la institución capitalizar el trabajo conjunto y los acuerdos sectoriales en las decisiones multilaterales de la Agencia vinculadas al sector, sino que la participación y el asesoramiento en salud ha sido a demanda del Departamento de Cooperación Multilateral, al igual que en las restantes unidades contempladas en este apartado.

En este sentido, para el Departamento de Cooperación Multilateral la influencia del PAS-SALUD es secundaria, ya que se afirma que el PAS-SALUD no es un referente para el Departamento, en la medida que deben alinearse con las planificaciones estratégicas de los OMUDE financiados. Sin embargo, el Departamento de Cooperación Multilateral sí reconoce que, en la medida de lo posible, se alinea con el PAS-SALUD por ser la posición de la Agencia en sector. Por otro lado, desde el Área de Salud se afirma que su participación en estos asesoramientos conlleva la incorporación del contenido del PAS-SALUD, minimizando con su asesoría las posibles incoherencias del enfoque sectorial de salud de la Agencia en la modalidad multilateral. La priorización de las contribuciones voluntarias a los OMUDES y la revisión de las subvenciones de estado a éstos, evidencian que hay una alineación con el contenido del PAS-SALUD en este sentido⁹⁵.

Entre los años 2009-2011 el Departamento de Cooperación Multilateral promovió y lideró un grupo de trabajo interdepartamental para la planificación y coordinación interna en temas multilaterales que se dotó de procedimientos de funcionamiento y de consulta. En opinión de las personas entrevistadas, este grupo permitía conocer y dar a conocer a otras unidades las temáticas y aspectos relevantes sobre temas sectoriales, planificar los apoyos y aspectos de asesoramiento e incidir en una mayor coherencia en el enfoque sectorial, en este caso, dentro del sector salud. Este último elemento es de especial importancia

95 Véase epígrafe 3.3.1. sobre avances por líneas de acción.

96 El tipo de operaciones vienen definidas por los parámetros que marca la Ley del FONPRODE y el lugar de implementación por los parámetros económicos que se establecen desde la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) y los Ministerios de Hacienda y Economía.

dadas las dificultades de articular y complementar las actuaciones multilaterales con las bilaterales, déficit que ya fue identificado en el Diagnóstico.

- Con la oficina del FONPRODE el Área de Salud apenas ha tenido relación dado que el sector no es *a priori* susceptible de ser financiado a través de ayuda reembolsable⁹⁶, a excepción de infraestructura hospitalaria. Recientemente se ha creado un grupo de trabajo interdepartamental. Hasta ese momento los mecanismos de coordinación eran informales y consistían en consultas al Departamento de Cooperación Sectorial sobre operaciones concretas⁹⁷.

Dentro de esta Oficina, se encuentra la Unidad de Ayuda Programática con la cual el Área de Salud mantiene una comunicación y coordinación no formal, pero que ambas partes consideran fluida y que se produce a demanda de alguna de las partes. La importancia que han tenido los fondos comunes y los apoyos presupuestarios al sector dotaron de cierta regularidad en la relación y el trabajo conjunto.

Con respecto a las Direcciones Geográficas, gran parte de los esfuerzos en la coordinación interdepartamental han girado alrededor de los procesos de planificación geográfica y donde la posibilidad de incidir con los contenidos del PAS-SALUD ha estado circunscrita a los procesos de elaboración de los MAP y la Programación Operativa en aquellos países donde el sector salud haya sido priorizado en terreno⁹⁸. Los procesos de planificación geográfica contemplan mecanismos formales de coordinación entre todas las unidades, incluido el Departamento de Cooperación Sectorial, quienes designan a su punto focal en el proceso. El Área de Salud, cuando es convocada a participar, se apoya en el contenido del PAS-SALUD para realizar sus aportes al proceso.

Paralelamente a las planificaciones geográficas, existe un elevado número de interacciones entre el Área de Salud y las unidades geográficas: i) asesoría y apoyo técnico a las unidades geográficas en las interacciones en materia de salud; ii) valoración de convocatorias en iniciativas regionales o temáticas; iii) seguimiento sectorial de intervenciones en países o regiones y programas; iv) apoyo en la elaboración de posiciones para espacios regionales o a nivel país; v)

apoyo en la preparación de misiones AT en los países y pasantías en España y coordinación de agendas; vi) participación en órganos ejecutivos o de gobierno (Iniciativa Mesoamericana SM2015, Comité Internacional del IHP, Iniciativa sobre la Malaria de West África WAMI/ ECOWAS); vii) Participación en misiones de seguimiento en el exterior y en evaluaciones (por ejemplo, IHP+).

Las fuentes consultadas valoran muy positivamente el apoyo técnico y asesoramiento que reciben en materia de salud y reconocen que en la medida que el Área lo trae consigo, el PAS-SALUD se considera en los procesos de discusión para temas de alineación y coherencia institucional en salud. Este reconocimiento convive con afirmaciones en las unidades geográficas que señalan que el PAS-SALUD no es un documento de consulta ni un referente para el trabajo en salud sino que es entendido como un instrumento más dirigido al terreno, ya que en sede cuentan directamente con la unidad responsable del tratamiento especializado del sector. Lo anterior indica una baja apropiación en sede del instrumento en las unidades geográficas.

Por otro lado, el Área de Salud destaca la importancia del PAS-SALUD en el acompañamiento a estos procesos como el referente que sustenta la posición y propuesta de enfoque sectorial en salud que lleva a los espacios de toma de decisiones de las unidades geográficas, pero también como *“la llave que ha abierto espacios de trabajo con las unidades geográficas”* porque *“sin el PAS-SALUD y el mandato institucional del enfoque sectorial, esos espacios no se hubieran abierto durante estos primeros años del Departamento de Cooperación Sectorial”*.

Entre las unidades geográficas y las unidades sectoriales, la percepción es diferente sobre la necesidad de dotar de una mayor formalidad a estos intercambios y procesos de colaboración. Las primeras valoran esta forma de trabajo como una coordinación continua y fluida que debe mantener este carácter informal para no *“burocratizarla”* y evitar así que los procesos se hagan demasiado largos. Por el contrario, desde el Área de Salud y desde el resto de Unidades Sectoriales, la informalidad en esta coordinación contribuye a que su rol se reduzca a una asistencia técnica puntual y a demanda. Con ello, se mermaría la capacidad de

97 Actualmente, se está elaborando un manual de procedimiento del FONPRODE donde se define la participación de los distintos departamentos.
98 Véase epígrafe 3.1.2. sobre influencia del PAS-SALUD en la planificación geográfica.

garantizar la coherencia en las actuaciones de dentro de cada sector y del enfoque sectorial de la Agencia en su conjunto, al no participar en los procesos de fondo y los temas estratégicos que afectan al sector en un determinado tema o región. Señalan que las solicitudes de apoyo y asesoramiento que “*caen en paracaídas y a contra-reloj*” en pocas ocasiones permiten a las Unidades Sectoriales realizar un aporte propositivo, sino que debe ser reactivo a actuaciones significativas que tienen que ver con un sector dado, incluido el sector salud.

Las entrevistas en sede revelan que el nivel de coordinación interdepartamental en torno al sector salud —y demás sectores consultados—, también se ve influido por una falta de claridad sobre cuál es el valor agregado del enfoque sectorial en las demandas y los objetivos de trabajo de las unidades geográficas. Esto, sumado a una baja apropiación del PAS-SALUD en sede y a la falta de mecanismos y procedimientos institucionales que permitan al Área acompañar actuaciones y decisiones de la Agencia, conforman una base débil sobre la que promover una coordinación más efectiva para integrar el enfoque sectorial en la institución y transversalizar el sector en actuaciones no sanitarias.

Coordinación sede-terreno en torno al sector salud

Para incidir en una mayor coordinación, el PAS-SALUD incorporó la creación y el impulso de la Red de Expertos/as en Salud de la AECID (RES). La Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID es considerada por las personas entrevistadas del Departamento de Cooperación Sectorial un instrumento para promover la gestión del conocimiento especializado sectorial de la AECID, que permite cohesionar a la organización en torno a una visión y objetivos comunes dentro del sector salud. Dentro de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID se ha ido construyendo una reflexión conjunta desde donde se han ido generando posicionamientos técnicos y propuestas que parten de la experiencia de la ejecución de la ayuda en terreno y de las realidades de trabajo concretas en salud en los países. Es una estructura horizontal de trabajo que ha buscado asegurar la

participación del personal en las decisiones de la organización, tanto en los procesos estratégicos, como en la gestión del ciclo de intervenciones.

Al igual que al resto de las redes de expertos/as, la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID es muy valorada por la mayor parte de las personas entrevistadas, definiéndola como “*la Joya de la Corona de esta casa*”, si bien algunos informantes la consideran un instrumento demasiado “*endógeno*” del Departamento de Cooperación Sectorial y desconocido para el resto de la Agencia.

Las personas entrevistadas afirman que la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID ha funcionado como un instrumento que ha contribuido a mejorar la coordinación entre sede y terreno, un objetivo contenido en el Plan de Acción de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID (PACRES)⁹⁹. Este Plan está alineado con los contenidos del PAS-SALUD y forma parte a su vez del Plan de Trabajo del Área de Salud, un aspecto que ha sido funcional para coordinar acciones y crear sinergias entre sede y terreno dentro del sector salud.

El trabajo conjunto entre el Área de Salud y la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID ha facilitado que exista un debate a dos niveles, entre el Área de Salud y las unidades geográficas, y de éstas con terreno a través de Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID. Un ejemplo es el caso de la Iniciativa Mesoamericana, que se implementa en terreno con el apoyo y seguimiento conjunto del Área de Salud y del Departamento de Cooperación con México, Centroamérica y Caribe.

Aunque la red está compuesta por el personal de la Agencia que trabaja en temas de salud, en las reuniones de la misma ha participado personal vinculado a otras unidades de la sede, como la Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad o el Área de Género, facilitando el acercamiento de estas unidades a debates directamente relacionados con el PAS-SALUD y con el sector.

Durante la vigencia del PAS-SALUD, ha existido un intercambio continuo de información entre la Red de

⁹⁹ Los objetivos de las actuaciones de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID contenidos en su Plan de Acción han sido (1) la participación, articulación e intercambio de información, (2) generar un análisis estratégico sectorial compartido para enriquecer la posición de la AECID, (3) producir conocimiento aplicado a la realidad y (4) promover la coordinación de acciones y la identificación de oportunidades de complementariedad sectorial.

Cuadro 8. Espacios virtuales dinamizados por el Área de Salud en el marco del PAS-SALUD

Nombre	Participantes	Propósito y nivel de actividad actual
Red de Expertos de Salud de la AECID	<ul style="list-style-type: none"> Sede: Personal de las unidades adscritos a la red en las unidades geográficas e instrumentales, así como personas interesadas en salud Terreno: Personal técnico especializado y personas interesadas en salud y cooperación Gestiona: Área de Salud 	Intercambio de información y espacio de coordinación sede-terreno para actuaciones vinculadas a discusiones, debates, acuerdos en foros internacionales. Difusión de informes, herramientas y ofertas de desarrollo profesional en el sector. Es el foro marco de donde parten los restantes foros virtuales
IHP+	<ul style="list-style-type: none"> Sede: Personal técnico de los países vinculados a países IHP+ Terreno: Personal técnico de las programas de salud de las OTC vinculadas a países IHP+ Gestiona: Área de Salud 	Intercambio de información y espacio de coordinación sede-terreno para actuaciones vinculadas a la IHP+. Alta periodicidad en el intercambio por la propia dinámica de trabajo con los países que imprime la IHP+. Actualmente activa en torno al proceso IHP Results
Iniciativas Globales	<ul style="list-style-type: none"> Sede: Personal técnico de los OTC con participación en las mesas de coordinación nacional del Fondo Global. Terreno: Responsables de Programa y/o personal técnico de las OTC con CCM del Fondo Global. Gestiona: Área de Salud 	Intercambio de información y espacio de coordinación sede-terreno para actuaciones vinculadas a iniciativas globales, principalmente en torno al Fondo Global. De reciente creación.
SM2015	<ul style="list-style-type: none"> Sede: Personal técnico vinculados a países centroamericanos. Terreno: Responsables de Programa y/o personal técnico de las OTCs Centroamericanas Gestiona: Área de Salud 	Intercambio de información y espacio de coordinación sede-terreno para actuaciones y el seguimiento de la Iniciativa. Actualmente activa en torno a las segundas operaciones país de la SM2015.

Fuente: Elaboración propia

Expertos Sectoriales en Salud de la AECID y la sede, ya fuera por medio de consultas puntuales sobre temas específicos o bajo otros formatos de comunicación e información más formalizados como son: i) las *newsletters* mensuales donde se informa a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID sobre discusiones, debates y acuerdos que tienen lugar en foros internacionales; ii) los encuentros regionales¹⁰⁰ realizados en este periodo donde se abordaron temas estratégicos como los procesos de planificación y la concentración sectorial y temas más instrumentales y propios del sector como el IHP, la articulación con el ámbito multilateral y la intersectorialidad, y; iii) los espacios virtuales recogidos en el cuadro 8.

Una parte importante de la articulación y coordinación entre sede y terreno se realiza a través de estos espacios virtuales dinamizados por el Área de Salud. Estos espacios contribuyen a la articulación entre la experiencia en terreno de la ejecución de las iniciativas multilaterales por un lado y por otro, a la posición que mantiene la Agencia en los órganos de gobernanza de estas iniciativas. La AECID ha podido basar y

sustentar su posición técnica y política en la ejecución real de la ayuda multilateral en el sector gracias a la participación y los insumos del personal técnico de las oficinas en terreno.

El cuestionario a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID y las entrevistas mantenidas con personal en terreno, señalan, como uno de los principales aspectos a mejorar en el PAS-SALUD para ser más funcional, la necesidad de contar con procedimientos y mecanismos concretos de articulación que garanticen la coordinación entre lo geográfico y lo sectorial.

La Transversalización de la salud en las actuaciones de la AECID y la Intersectorialidad

La estrategia *Salud en todas las Políticas* incluida en el PAS-SALUD propone transversalizar salud haciendo de ésta una meta compartida por todas las unidades y en todas las actuaciones de la Agencia. Por su propia finalidad, esta estrategia es altamente dependiente de la generación de capacidades técnicas y del adecuado funcionamiento de los espacios de coordinación¹⁰¹. Sin

100 En 2011 se realizaron dos encuentros regionales, uno en Bolivia y otro en Mozambique. En 2013, coincidiendo con el encuentro de los 25 años de AECID y financiado por la Dirección de América Latina, tuvo lugar otro encuentro de los miembros de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID de América Latina.

101 El propio planteamiento de la Salud en Todas las Políticas en la Declaración recoge herramientas e instrumentos específicos que están relacionadas con la importancia conferida a la coordinación y al trabajo conjunto: i) comités interministeriales e interdepartamentales; ii) equipos de acción intersectoriales; iii) sistemas de información y evaluación transversales, iv) desarrollo conjunto de la fuerza de trabajo; o v) plataformas de alianza.

embargo, durante su vigencia, el PAS-SALUD no ha desarrollado una propuesta específica para hacer efectiva esta transversalización, aun cuando sí enfatizaba la necesidad de coordinarse interdepartamentalmente para llevarla a cabo y señalaba el carácter estratégico de incorporar el enfoque de salud en los convenios de ayuda humanitaria, los programas regionales, y la elaboración de protocolos de coordinación con algunas unidades específicas.

Aun sin contar con una propuesta formal para su abordaje, se reconocen avances en relación a algunas de las líneas de trabajo planteadas por la Declaración¹⁰²:

- La realización de herramientas para la transversalización de la salud como la *Guía operativa para la respuesta directa de salud en desastres* en conjunto con la Oficina de Acción Humanitaria, la *Guía de la Cooperación Española para la incorporación de TICs en salud* con el Enlace Hispanoamericano en Salud (EHAS). No obstante, con las limitaciones señaladas en la coordinación interdepartamental y la falta de un acompañamiento desde la formación, no se puede constatar cuál ha sido su uso y si se han utilizado adecuadamente para promover un enfoque de trabajo más transversalizador de la salud e intersectorial en la ejecución de intervenciones. Asimismo, no se ha constatado la existencia de protocolos de coordinación entre el Área de Salud con unidades específicas, a excepción del Departamento de ONGD para la valoración de los Convenios de salud.
- El desarrollo conjunto de la fuerza de trabajo y equipos de acción intersectorial dentro de AECID se ha identificado en la participación del Departamento de Cooperación Sectorial en grupos de trabajo como el GTEC y la asignación de tareas intersectoriales por parte de algunos técnicos de este Departamento, como la coordinación del proceso de actualización de los PAS o las redes de expertos/as. Estos mecanismos de coordinación posibilitarían vehicular en la Agencia la transversalización de salud, si bien no se han encontrado evidencias de que haya sido así. Más allá de la AECID, esta línea incluiría las propuestas de las mesas de socios estratégicos para el sector salud que será tratada en el siguiente apartado.

Paralelamente, la *Declaración de Adelaida* recoge igualmente que el adecuado desempeño de las herramientas y mecanismos de coordinación para transversalizar salud en otras políticas y espacios solo ofrece garantías si éstos van acompañados de una serie de condiciones; entre ellas: i) un mandato claro para que la salud se trabaje horizontalmente; ii) procesos sistemáticos donde se consideren las interacciones entre los distintos sectores; iii) mediación entre los diferentes intereses; y iv) iniciativas intersectoriales prácticas que creen alianzas y confianza. En opinión de las personas entrevistadas, estas condiciones se presentan débilmente en la institución:

- No se identifica un mandato explícito para transversalizar la salud en todas las actuaciones de la Agencia ni hay un conocimiento institucional del significado práctico de esta estrategia.
- En sede, la estrategia de transversalización no es reconocida ni vinculada con el PAS-SALUD. En terreno, a través de la respuesta del cuestionario a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, se considera mayoritariamente que el instrumento no ha facilitado la transversalización del sector salud en el resto de los sectores¹⁰³.
- Las debilidades en la coordinación entre unidades y de espacios conjuntos de reflexión intersectorial, dificulta las posibilidades reales de trabajar intersectorialmente y generar primeros espacios y actuaciones de transversalización del sector para avanzar progresivamente hacia la propuesta de la Declaración.

Se observa, por tanto, una falta de operativización de esta estrategia en la ejecución del PAS-SALUD así como una débil implantación de protocolos y procedimientos que puedan instrumentalizar esta estrategia. Esta situación, unida a la falta de herramientas e instrumentos necesarios identificados por la propia Declaración de Adelaida en base a experiencias en otros países, ha dado como resultado una baja transversalización de la salud en todas las políticas y unidades de la Agencia.

Por otro lado, incidir en la mejora de la transversalidad de salud (SETP) está vinculado con la acción intersectorial¹⁰⁴ esto es, promover el trabajo conjunto y las

102 Ídem.

103 Véase Anexo 6. Cuestionario a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, pregunta 8.

104 Véase Declaración de Adelaida (2010).

sinergias con otros sectores para impactar positivamente en la salud. En la información recabada no consta que haya sido desarrollada una propuesta de trabajo para promover la intersectorialidad, una propuesta que igualmente se apoya en canales de comunicación, coordinación y articulación de acciones entre sectores al interior del Departamento de Cooperación Sectorial.

Si bien no se identifica una propuesta desarrollada en esta línea, el análisis de los MAP deja constancia de que en el terreno algunos sectores interaccionan con salud en las planificaciones de modo frecuente y evidente¹⁰⁵. Estas interacciones señalan que la intersectorialidad está presente en prácticas de actuación que competen a la mejora del impacto en salud del sector. Según el análisis realizado, las interacciones más frecuentes se dan con aquellos sectores más afines entre sí y que se corresponden a los sectores vinculadas a la orientación estratégica del “fortalecimiento de la cohesión social” en el IV Plan Director: salud, educación, seguridad alimentaria y agua. Para estos sectores más afines, el PAS-SALUD no desarrolla una propuesta concreta, si bien la relación entre salud y estos sectores se presenta de modo más frecuente.

3.2.2. Coordinación con actores nacionales

El pluralismo y diversidad de actores que ejecutan la AOD en salud de la Cooperación Española requiere de un esfuerzo adicional para evitar la fragmentación de la ayuda y mejorar la eficacia del sector. El PAS-SALUD se hace eco de esta riqueza y complejidad de trabajo y propone espacios de coordinación entre los diferentes actores del sector salud. En este sentido, si bien ha mejorado la coordinación de AECID con socios sectoriales nacionales, a la luz de las evidencias recogidas, estos avances no pueden atribuirse directamente al PAS-SALUD.

Una coordinación clave con actores nacionales es la requerida entre las Áreas Sectoriales de Salud del Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera y la SGCID. El diagnóstico identificó una escasa comunicación y coordinación entre los órganos de planificación y ejecución sectorial en salud de la Cooperación Española, y mostró las limitaciones que suponía la falta de ajuste entre los roles y responsabilidades de las

Áreas de Salud de ambas instituciones. Por ello, una de las acciones que propuso el PAS-SALUD para el fortalecimiento institucional y la coherencia del enfoque sectorial de salud fue mejorar la coordinación en salud entre ambas instituciones mediante la elaboración de normas y protocolos a partir de una definición previa de las funciones sectoriales de la Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera y la SGCID. En los años de vigencia del PAS-SALUD no se han identificado avances en el establecimiento formal de estas funciones, ni en la formalización de la coordinación entre ambas unidades. Sin embargo, la demanda de la agenda internacional en salud y, principalmente, la participación en foros relacionados con las Iniciativas Globales, ha promovido un abundante intercambio de información y un trabajo conjunto para la definición de un posicionamiento como Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación compartido por ambas instancias. Según los informantes consultados sobre este tema, la construcción de esta posición compartida ha conllevado el desafío de ajustar visiones institucionales que no siempre tienen que coincidir.

Para numerosos informantes, existe una indefinición entre las funciones que desempeñan ambas Áreas de Salud que genera desconcierto entre los actores sectoriales fuera del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. La indefinición en las competencias de cada Área y, en la identificación de los puntos focales para la coordinación según el propósito o la temática, implica una cierta pérdida de referencia para la coordinación de actores sectoriales con el Ministerio. Sin embargo, las personas entrevistadas dentro de la Agencia y en la SGCID, si bien reconocen que ambas instancias comparten similares funciones dentro de sus respectivas instituciones, indican que su ámbito de trabajo está claramente diferenciado y delimitado por los límites competenciales de la Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera (ejecución) y SGCID (planificación y coherencia de políticas de la Cooperación Española). En la práctica, este reconocimiento no evita que se den espacios donde las funciones parecen solaparse, generando interferencias e inconvenientes que, en la mayoría de los casos, se van resolviendo «*con buena voluntad*» y «*según han ido surgiendo*».

Por otro lado, la percepción del rol que ha jugado el PAS-SALUD en la coordinación de la cooperación en salud de la Dirección de Cooperación Multilateral,

105 Véase Anexo 2. Síntesis de la presencia de salud en las planificaciones geográficas (MAP y Programación Operativa).

Horizontal y Financiera y la SGCID es visto por algunos informantes como un instrumento que ha sumado complejidad a la relación y coordinación entre ambas instituciones, ya que se ha percibido como una duplicación de la Estrategia sin presentar un valor agregado claro en el entramado general de planificación de la Cooperación Española. Esta opinión contrasta con la de otros informantes, para quienes la Estrategia es un marco de actuación generalista, falto en operativización para poder permear significativamente en las actuaciones y decisiones sobre el sector, tanto en la Agencia como en terreno. En este sentido, opinan que el PAS-SALUD no ha complejizado más un aspecto que “*nunca ha estado resuelto*” como es la ausencia de una clara definición y delimitación de las funciones entre las áreas sectoriales de la Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera y la SGCID. En la coordinación entre estas Áreas, el PAS-SALUD ha actuado como referente para posicionar, organizar y valorar las propuestas de trabajo y toma de posición de la Agencia dentro del sector y como hilo conductor de los aportes de la AECID en el trabajo conjunto realizado con otros actores de la AGE que proporciona gracias a los insumos e informaciones que llegan desde las OTC.

Dentro de la coordinación nacional, y para optimizar el potencial que conlleva la pluralidad y diversidad de actores que trabajan en salud, el PAS-SALUD ha recogido como parte de su propuesta las “Mesas de socios de salud de la Cooperación Española” conformadas durante la preparación de la Comunicación: la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española y la MIMAS. Estas mesas son también denominadas en algunos documentos “redes horizontales de diálogo y coordinación intra-sectorial”¹⁰⁶.

El principal instrumento identificado en el PAS-SALUD para la coordinación de actores sectoriales de la cooperación en salud es, a su vez, un instrumento clave para desarrollar el enfoque sectorial en salud de la Agencia, la Mesa de Armonización de Salud de la

Cooperación Española. Esta mesa se creó en julio de 2009 antes de la elaboración del PAS-SALUD e inicialmente se conformó con el propósito de la preparación de la Comunicación. Se trata de un instrumento que habilita un espacio de “discusión no vinculante que pretende ser un foro de debate, consenso y coordinación e impulsar la agenda de calidad de la ayuda en cooperación de salud”¹⁰⁷.

La Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española ha aglutinado 45 instituciones de diversa naturaleza¹⁰⁸ y, desde su creación hasta la última convocatoria en noviembre de 2011, se ha mantenido activa a través de cuatro grupos de trabajo vinculados a temáticas de Salud Global, que fueron liderados por diferentes instituciones integrantes de la mesa¹⁰⁹. En estos grupos la coordinación de actores y el trabajo conjunto contribuyó al desarrollo de productos concretos como la definición del componente de salud dentro del marco de la financiación de I+D+I de la Dirección de Culturales y Científicas y la elaboración del documento sobre el papel de las ONGD en el fortalecimiento de los sistemas nacionales públicos de salud, siguiendo una de las propuestas de las Conclusiones del Consejo Europeo sobre el papel de la UE en la Salud Global.

La Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española es considerada más un espacio de intercambio de información que de coordinación. Las personas entrevistadas valoran muy positivamente este espacio por haber posibilitado el compartir información con todos los actores del sector salud dentro de la Cooperación Española sobre los debates internacionales que se estaban generando. La revisión de las agendas de trabajo de la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española muestra como en numerosas ocasiones las temáticas se vinculaban con contenidos del enfoque sectorial de salud de la Agencia contenidos en el PAS-SALUD (Salud Global, líneas estratégicas y acciones prioritarias del PAS-SALUD, la Iniciativa IHP+, cobertura universal de la salud, etc.).

106 Nota técnica “Redes horizontales de diálogo y coordinación intra-sectorial: MASCE y MIMAS”. Área de Salud, 21-02-2011.

107 *Ibidem*.

108 Entre las organizaciones participantes se incluyen representantes de la sociedad civil, instituciones de salud y cooperación, el Ministerio de Innovación y Ciencia y de Sanidad, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, instituciones académicas y centros de investigación con el objetivo de mejorar la articulación entre los organismos participantes. Asimismo, en las reuniones que se han llevado a cabo han participado representantes de España ante OMS y OIT en Ginebra, DNDI, Iniciativa IAVI, etc.

109 Desde su conformación hasta su disolución la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española se convocó en 4 ocasiones, pero mantuvo su actividad constante en el tiempo a través de los siguientes grupos: i) Grupo de Trabajo sobre la coherencia en Salud global, liderado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; ii) Grupo de trabajo sobre el Conocimiento e Innovación en Salud Global, liderado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); iii) Grupo de Equidad en la Salud Global, liderado por AECID y DGPOLDE; iii) Grupo de Trabajo de Gobernanza y Diálogo de Políticas Sectorial de Salud, liderado por Acción para la Salud Global.

Como instrumento de coordinación informal, la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española ha sido valorada positivamente por ser el único espacio que ha permitido conectar a la institución pública con la sociedad civil y el marco internacional, dado que *“ha permitido el diálogo con otros actores, no solamente entre actores no gubernamentales que lo cual ya existían otros espacios”*

La Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española no fue formalizada ni se constituyó en un espacio institucionalizado para la gestión del conocimiento o la coordinación de actores como se anticipaba en el PAS-SALUD. Su no formalización es identificada por los informantes consultados como la debilidad que explica en parte su corta trayectoria, a pesar de ser un instrumento valorado y considerado necesario por los socios e involucrados, y como un espacio generador de propuestas conjuntas de trabajo. La Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española no tuvo el desarrollo anticipado en el PAS-SALUD ni pudo desempeñar el rol que le atribuía el instrumento para fortalecer el enfoque sectorial en salud de la Agencia. Actualmente, a pesar de no convocarse reuniones, sigue habiendo un intercambio de información a través de una lista de correo dinamizada por el Área de Salud de AECID.

Por su lado, el PAS-SALUD no fue el artífice de conformación o funcionamiento de la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española porque ésta fue creada con anterioridad y dejó de convocarse durante el segundo año de vigencia del PAS-SALUD, pero contribuyó posteriormente a la gestión del conocimiento surgido de la mesa a través de la difusión y uso de sus productos. En opinión de una de las ONGD del sector, el PAS-SALUD ha promovido una mayor especialización para trabajar en salud, ayudando a concretar lo prioritario y a que cada actor acote mejor sus actuaciones de cara a una posible financiación de la Agencia.

Uno de los socios del sector con el que la AECID y la SGCID se han coordinado es el Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad La MIMAS comenzó a funcionar en 2009 también el marco de la Comunicación. La mesa no ha llegado a establecerse formalmente en los años de vigencia del PAS-SALUD. Sin embargo, las temáticas sobre la gobernanza global en salud y las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a nivel internacional en el sector, han estrechado vínculos de coordinación entre este ministerio y el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación que han permitido sumar coherencia sobre prioridades internacionales en salud.

Desde 2009 y, principalmente después de la elaboración de la *Comunicación*, se ha reforzado la participación técnica de la SGCID y la AECID en la delegación española en el ámbito de desarrollo y salud para aumentar la coherencia ante los consejos ejecutivos y la asamblea de la OMS. Históricamente esta delegación estaba compuesta por técnicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad casi exclusivamente aun cuando muchos de los temas discutidos (ie: plan de acción para los ODM, Código de conducta de contratación de RRHH en salud) están directamente relacionados con la cooperación en salud.

La AECID ha trabajado la cooperación en salud de manera coordinada con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹¹⁰ en dos sentidos. Por un lado, en coherencia con el PAS-SALUD, incidiendo para que algunos programas internacionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que apoyaban componentes aislados del sistema de salud asumieran una aproximación más holística¹¹¹. Por otro lado, estableciendo mecanismos de coordinación con la Dirección General de Salud Pública relacionados con la participación en la AMS y en el Consejo Directivo de la OMS¹¹². En este sentido, se ha consolidado un proceso de consulta y coordinación entre las diferentes instituciones españolas de Salud Internacional¹¹³ previo a cada Consejo y reunión de la AMS. Las diferentes Unidades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad valoran positivamente esta coordinación. Los esfuerzos de coordinación entre el

110 Dentro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la AECID se coordina con dos unidades: la Subdirección General de Relaciones Internacionales que es la Unidad responsable de las acciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a nivel internacional y con la Dirección General de Salud Pública, que participa en la AMS y en el Consejo Directivo de la OMS.

111 Un caso concreto que ejemplifica esta aproximación es el Programa ESTHER Programa de formación de profesionales de salud en VIH en siete países de América Latina, cofinanciado por AECID y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

112 A través del Área de Salud de la AECID se proporciona apoyo técnico para la revisión de las resoluciones de la OMS en los Comités Ejecutivos y la AMS y el proceso de Reforma de la OMS.

113 Estas instituciones sería el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, REPER Ginebra y otras instancias en función del tema específico, por ej. ISCIII.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la REPER, el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación y la AECID en los Consejos Directivos y en la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS son altamente valorados por todos los actores implicados, y han manifestado que otros países han destacado este ejemplo de coordinación para que, entre diferentes instancias de la AGE, pueda llevarse una posición conjunta de país a los foros internacionales en salud.

En este espacio de coordinación, el PAS-SALUD, como documento de posición sectorial en salud de la Agencia, es la propuesta que fundamenta el posicionamiento de AECID en el diálogo técnico y de políticas en salud, la posición que mantiene en los principales espacios de participación a nivel internacional, como son las Asambleas de la OMS (AMS) y su trabajo con OMUDES especializados. Más allá de esta constatación, el PAS-SALUD, si bien es conocido por todos los actores, no es identificado como un referente del trabajo que se atiende dentro de esta coordinación.

3.2.3. Alianzas Estratégicas a Nivel Internacional

El Diagnóstico identificó una limitada participación de la Cooperación Española en los foros y encuentros europeos e internacionales en salud, así como una escasa voz y capacidad para el diálogo de políticas e influencias estratégicas. En coherencia con ello, la LE-1 del PAS-SALUD incluyó entre sus acciones reforzar la presencia técnica de la Cooperación Española en Foros y Organismos Internacionales de salud y en la LE-3, vinculadas a la Gestión del Conocimiento, reforzar la capacidad de diálogo técnico para aumentar la incidencia estratégica en foros nacionales e internacionales.

Como ocurría con los socios nacionales, el contenido y los enfoques de trabajo que fundamentan el PAS-SALUD ha contribuido a identificar a la AECID como un actor que promueve de modo consistente una posición y un discurso técnico alineado con la agenda actual internacional referente en el sector. El

PAS-SALUD se diseña con las referencias de la Resolución 62.12 de la WHA, de la Declaración de Adelaida de Salud y de la Comunicación, una alineación que ha facilitado la capacidad de diálogo y la coordinación de la AECID con otros actores internacionales para influir en la agenda de salud global y regional en este sentido.

En el ámbito de la Unión Europea, y en correspondencia con el contenido del PAS-SALUD, la Agencia ha trabajado activamente en salud de modo conjunto y armonizado con otros EEMM, participando propositivamente en diferentes espacios de coordinación¹¹⁴ a nivel europeo relacionados principalmente con la política en Salud Global de la UE.

En las entrevistas realizadas se destaca igualmente la activa participación de la AECID a nivel internacional en el periodo de vigencia del PAS-SALUD y la identificación de España como uno de los EEMM más activo en Salud Global en los últimos cinco años proponiendo iniciativas y grupos de trabajo. Se reconoce que el liderazgo de la Agencia en la elaboración de la Comunicación le aportó una visibilidad significativa en la Unión Europea, que se ha venido consolidando en los últimos dos años.

En el ámbito del Sistema de Naciones Unidas, como ya se indicó en el apartado de coordinación con actores nacionales, la AECID se coordina con la SGCID, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la REPER en Ginebra para el acompañamiento técnico en el SNU de los temas vinculados a la cooperación en salud. En este mismo ámbito, se participa activamente en la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+), en las reuniones en la Red Internacional para la Protección Social en Salud de la OMS/Banco Mundial, más conocida como la iniciativa *Providing for Health (P4H)* y en las consultas abiertas referentes a la agenda de salud internacional: Objetivos de desarrollo Post-2015, acceso universal a la salud, etc.

La IHP+ creada en el año 2007, ya fue incluida en el III Plan Director como enfoque de trabajo en el marco

114 Entre estos espacios de coordinación destacan: i) La participación en la elaboración de la Política Europea de Salud Global y en el que AECID ha desarrollado la propuesta de Marco de monitoreo; dentro de este espacio la AECID ha promovido la realización de una Guía de Diálogo de Políticas a nivel europeo; ii) Foros de Salud Global a nivel europeo en los que participan Instituciones públicas, entidades privadas, ONG y academia; iii) Grupo de expertos/as en Salud, Desarrollo y Población de la UE; iv) Seguimiento y apoyo a los Grupos de Trabajo y Redes de Expertos en salud global de la UE, con otros Estados Miembros; v) Reuniones de Diálogo de Estados miembros sobre Salud Internacional para coordinar posiciones para la AMS/OMS. A este respecto, se propuso que España representara a los Estados Miembros, propuesta que no se aceptó por falta de recursos humanos.

de la eficacia de la ayuda y fue también una de las recomendaciones del Diagnóstico¹¹⁵ que se incorporó en el PAS-SALUD. Desde que España firmó el Pacto Global en el año 2010, la AECID ha promovido y facilitado la firma de pactos nacionales con la IHP+ en seis países, cuatro de ellos en el marco de la implementación del PAS-SALUD, siendo este hecho un factor relevante del intenso diálogo de políticas que desarrolla la Agencia en estos países en torno a la eficacia de la ayuda en el sector salud. Dentro de esta Iniciativa se ha proporcionado apoyo técnico y participado en los Grupos de trabajo del IHP+ y en las reuniones periódicas mensuales del Comité Ejecutivo del IHP+, y se ha contribuido a importantes procesos dentro de la IHP+¹¹⁶.

En relación a otras iniciativas a nivel global, igualmente destacan las coordinaciones entre la SGCID, la AECID y la REPER en Ginebra para establecer la posición española antes las Iniciativas Globales, incluido el Fondo Global y GAVI, y el seguimiento del Programa Eurosocial de la UE en América Latina en el ámbito de la protección social y acceso a la salud.

En este sentido se puede afirmar que el PAS-SALUD ha presentado la suficiente flexibilidad para incorporar progresivamente los acuerdos y consensos de trabajo que la Cooperación Española ha ido adquiriendo a través del IHP+ y en otros foros internacionales (como el GFATM) proporcionando un referente y marco de trabajo que permite a la Agencia coordinarse en salud con otros actores sobre estrategias internacionales e iniciativas globales. Esta flexibilidad proviene principalmente de la alineación del diseño del PAS-SALUD con iniciativas y enfoques de trabajo que han sido los predominantes en estos años dentro marco doctrinal internacional del sector, y que han sido promovidos por la Agencia en el periodo de vigencia del PAS-SALUD (IHP+ o Salud Global).

El PAS-SALUD ha contribuido a la actividad de la AECID en el ámbito internacional amparando la estra-

tegia de participación activa y coordinación de la Agencia con socios internacionales para promover la eficacia y la calidad en sector salud bajo una posición concreta definida en el PAS-SALUD y que se alinea con planteamientos con la actual agenda internacional en salud. Desde el año 2009, y coincidiendo con la preparación de la Comunicación, se han ido creando alianzas a nivel internacional entre la SGCID y la AECID con instancias gubernamentales en los EEMM visibles en los grupos de trabajo conjunto sobre Salud Global de la UE y en los posicionamientos armonizados con otros países previos a la celebración de los consejos ejecutivos de iniciativas globales y organismos internacionales. El PAS-SALUD permitió dar continuidad al movimiento generado por la Comunicación y fortalecer vínculos de trabajo con países socios sobre las temáticas y contenidos del instrumento con el aval institucional.

Sumado a lo anterior, hay coincidencia entre las personas entrevistadas que contar con una unidad sectorial especializada en salud representó un salto cualitativo en la visión y actuación de la AECID con respecto al enfoque sectorial en salud, permitiendo a la organización, en opinión de estas mismas personas, un dialogo técnico propositivo y la construcción de propuestas en el ámbito internacional. La existencia de una unidad especializada dentro de su estructura ha permitido a la Agencia proporcionar insumos técnicos para contar con una participación de calidad y propositiva en los foros internacionales.

Previa a la participación en los Foros Internacionales se solicita información a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID para nutrir la posición de la Agencia en los espacios de discusión y debate internacionales y, posteriormente, los acuerdos alcanzados en ellos son compartidos con el terreno por medio de: (1) notas informativas o, en el caso de la IHP, un informe trimestral sobre los temas tratados en el Iniciativa, y (2) la *Newsletter* que se realiza con una periodicidad mensual y remitida también a toda la Mesa de Armo-

115 "Aumentar la presencia y reforzar la voz de la Cooperación Española en las instancias y foros internacionales por la salud; tanto a nivel europeo como a nivel internacional (OMS, Fondos Globales/FMAPP, IHP+); y con capacidad para el diálogo político y la influencia orientada hacia la estrategia en Salud de la Cooperación Española". En coherencia con esta recomendación, el PAS-SALUD propuso como modalidad principal para la LE-1 la ayuda bilateral y como instrumento prioritario el enfoque programático siguiendo como marco teórico de aproximación el de la Asociación Internacional para la Salud (IHP+), con una tendencia clara a la reducción de proyectos aislados o paralelos a los sistemas locales y hacia intervenciones más integradas.

116 Se ha contribuido a la definición de los ocho principios básicos e indicadores para mejorar el Monitoreo y Evaluación del IHP+, el seguimiento de las conclusiones de la Reunión del Grupo de Trabajo sobre Rendición Mutua de Cuentas (18 Junio 2013), la revisión del informe de la Evaluación Conjunta de las Estrategias Nacionales- JANS sobre la revisión de las Necesidades de los Socios, la definición de la Hoja de Ruta para la acción de todos los socios de desarrollo, la Colaboración Sur-Sur y en el seguimiento de las Reuniones informales con los líderes en Salud Global.

nización de Salud de la Cooperación Española. En este sentido, en la Agencia se ha facilitado vasos comunicantes de doble vía que permiten: i) incidir en una mayor coherencia del enfoque sectorial propuesto por el PAS-SALUD; ii) contribuir al avance de la gestión del conocimiento y la capitalización de la experiencia ejecutora de la Agencia para enriquecer la posición española en foros internacionales.

3.3. Avances y limitaciones en la implementación del PAS de Salud

Este apartado atiende los avances sobre las líneas estratégicas que estructuran el PAS-SALUD, los condicionantes de la estructura institucional que han acompañado su implementación y aspectos vinculados a la sostenibilidad de los avances. El epígrafe 3.3.1 aborda los progresos del PAS-SALUD en sus años de implementación, tomando como referencia las líneas de avance previstas en cada una de las LE y que contribuirían, según el diseño original del PAS-SALUD, a las señas de identidad del enfoque sectorial en salud de la AECID.

El epígrafe 3.3.2. recoge una visión de conjunto sobre los aspectos que han favorecido y obstaculizado la implementación del PAS-SALUD, particularizando en las limitaciones concretas de cada LE. Cada uno de los aspectos identificados son significativos por sí mismos a la hora de valorar cómo ha funcionado el PAS-SALUD, pero cuando son puestos en relación aumenta su capacidad explicativa para ubicar adecuadamente cómo el contexto y la estructura han podido contribuir al devenir que ha tenido el instrumento. Estos, al tratarse de elementos institucionales, no afectan únicamente al PAS-SALUD, sino que remiten al espacio de posibilidad institucional que la Agencia ha habilitado para la implementación de los PAS como instrumento genérico, si bien a este respecto podrán existir matices entre los distintos sectores.

3.3.1. Avances en las líneas estratégicas y acciones prioritarias

En el PAS-SALUD conviven dos claros ámbitos de actuación: las Líneas Estratégicas 1 y 2 que, desde una mirada complementaria, se centran en el fortalecimiento

de los sistemas de salud y de las capacidades locales como eje fundamental de las acciones de cooperación de la AECID en el sector salud. En el caso de la LE-1 se proponía trabajar desde un enfoque integrado de apoyo a los planes nacionales de salud como un todo y, en el caso de la LE-2 el enfoque proponía un abordaje integrador de los programas específicos de salud —la salud infantil, la salud sexual y reproductiva y las enfermedades transmisibles— promoviendo una actuación más holística y dentro de los sistemas nacionales de salud. Estas líneas constituían el núcleo de la propuesta del enfoque sectorial en salud que proponía el PAS-SALUD.

Paralelamente a las intervenciones específicas en el ámbito de la salud, la LE-3 se centraba en los retos identificados en el Diagnóstico para mejorar la calidad de las actuaciones en salud, generando las condiciones institucionales para ello. Estos retos están relacionados con el fortalecimiento de las capacidades institucionales para mejorar el perfil de la AECID como socio eficaz y de calidad para el sector salud.

El nivel de avance sobre estas LE se registra en función de las metas y orientaciones específicas contempladas en el propio PAS-SALUD. En los apartados que se muestran a continuación se ha intentado relacionar, en la medida que la información disponible lo ha permitido¹¹⁷, las líneas y acciones prioritarias de cada LE con las señas de identidad del enfoque sectorial. Asimismo, este epígrafe, al aportar una visión global sobre las líneas de avance del instrumento, ha tenido que apoyarse en buena parte de los hallazgos ya recogidos en otros apartados (concentración y coordinación). Para evitar reiteraciones, cada apartado incluye un cuadro de síntesis sobre los principales avances en relación a las señas de identidad establecidas en cada LE, desarrollando únicamente aquellos aspectos no tratados anteriormente en el informe o de especial relevancia en la descripción del significado de un avance determinado.

LE-1. Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos

En las entrevistas realizadas al personal técnico de las diferentes unidades de la AECID se observa cómo el fortalecimiento integral de los sistemas de

¹¹⁷ Véase epígrafe 1.3. sobre limitaciones de la evaluación referidos a la falta de seguimiento.

Cuadro 9. Principales avances hacia las señas de identidad en la Línea Estratégica 1 “Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos”

Líneas de Acción en LE-1	Principales señas de identidad del enfoque sectorial	Líneas de avance hacia las señas de identidad
<p>1.1 Fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud</p> <p>1.2 Financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud</p> <p>1.3 Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada</p> <p>1.4 Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modalidad principal: Bilateral • Instrumento prioritario: enfoque programático (favorecer el apoyo presupuestario-60%- y IHP+) • Más del 80% de la AOD Salud AECID contribuirá al fortalecimiento institucional de los sistemas de salud; reducir paulatinamente el apoyo a programas con componentes aislados • Reforzar la presencia técnica de la Cooperación Española en Foros y organismos internacionales de salud (mejorada la rendición de cuentas) • Socios y actores principales: Gobiernos socios, sociedad civil y think tanks • Incentivar Cooperación Sur-Sur (CSS) • Concentración donde se haya definido salud como sector prioritario en los MAPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Se prioriza la modalidad bilateral en apoyo al fortalecimiento de los sistemas de salud. Se identifica un cuidado en el uso de instrumentos y mecanismos de transferencia de la ayuda a los socios estratégicos para contribuir a una financiación predecible y sostenida. • El apoyo a la LE-1 se ha mantenido constante con un porcentaje medio superior al 48%. En el año 2012, cambio en la tendencia de priorización: por primera vez, la AOD destinada a la LE-1 (57,4%) supera a la LE-2. • Se atiende el enfoque programático en apoyo a la LE-1 promoviendo el apoyo presupuestario (una media de 15,7%) y promoviendo el enfoque de trabajo dentro de la IHP+. AECID ha sido facilitador en el proceso de adhesión a la Iniciativa de cuatro países. La utilización del enfoque programático contribuye a la reducción del apoyo a programas con componentes aislados y a la fragmentación de la ayuda al sector. • Mayor presencia de AECID en foros internacionales, participando propositivamente en los mismos y con un discurso reconocible. Junto a otras instancias, contribución a la construcción de la posición española en foros internacionales especializados en salud. • Participación, junto a otros actores españoles, en la ronda de IHP+ Results 2014. • No se identifican propuesta de Cooperación Sur-Sur, Cooperación delegada ni Cooperación triangular. • El diálogo técnico que ha mantenido la Agencia en foros y ámbitos de decisión y debate en salud, ha tenido un perfil diferenciador con respecto a los restantes actores, por estar en posición de poder articular, tanto el discurso técnico especializado como la experiencia ejecutora en terreno desde el intercambio de información con las OTC¹¹⁸. • El apoyo a la Investigación Médica (12182) componente que presenta una mayor estabilidad dentro de todo el sector, representando el 7,78% (13.837.714€) del total de la AOD neta de salud en AECID del periodo 2010-2012. • El sector salud podría estar presente en 16 MAP. Estos países concentrarían el 60,1% del total de la AOD en salud de la AECID. Existe una relación de correspondencia menor a 5 puntos entre la priorización de países propuesta por el PAS-SALUD y el destino de la ayuda en el caso de 7 países.

Fuente: Elaboración propia

salud y sus capacidades institucionales está presente en el discurso del personal cuando se habla de la prioridad del sector salud y en el tipo de actuaciones que deben priorizarse en la AOD de la Agencia destinada al sector.

Asimismo, los datos sobre la evolución de la distribución de la ayuda en salud corroboran este discurso: el apoyo a la LE-1 se ha mantenido constante con un porcentaje medio superior al 48%¹¹⁹ durante el periodo de análisis. Aunque este porcentaje está alejado del 80% propuesto como meta por el PAS-SALUD para la LE-1, es un dato representativo cuando se interpreta en relación a la brecha de casi 20 puntos que

le separa de los principales actores que destinan AOD al sector (AGE y Cooperación Descentralizada).

En relación al fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud, el PAS-SALUD está enmarcado en los principios de la nueva política de salud de la UE, entre ellos, el acceso universal a servicios de salud de calidad y equitativos a través de enfoques como la IHP+¹²⁰, que pone en práctica en el sector salud los principios de la eficacia y la calidad de la ayuda. España firmó el pacto global del IHP+ en 2010 y en los años de implementación del PAS-SALUD se ha podido observar una apuesta por trabajar

118 Véase epígrafe 3.3.2. sobre elementos de estructura y la gestión del conocimiento.

119 Este porcentaje es del 48,73% según la reclasificación de los CRS de salud por LE realizada por el Área de Salud (Departamento de Cooperación Sectorial)

120 La Asociación Internacional para la Salud IHP+ fue creada en 2007 por la OMS para potenciar la aceleración en el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. En la actualidad, hay 59 signatarios del Pacto Mundial IHP+, incluyendo 33 países y 26 donantes bilaterales y agencias y fundaciones internacionales (Banco Africano de Desarrollo, Banco Mundial, Fundación Bill & Melinda Gates, la Comisión Europea, GAVI Alliance, Fondo Global Organización Internacional del Comercio, FNUAP, OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNDP). La sociedad civil también participa activamente a nivel mundial y nacional. Todos los socios comparten un interés común en la mejora de los servicios de salud y el impacto del ámbito de la salud, poniendo los principios de la agenda de eficacia de la ayuda en práctica en el sector sanitario.

desde este enfoque que promueve el apoyo armonizado a un único plan de salud, la financiación a través del presupuesto nacional y la evaluación a través de un único proceso de monitoreo y liderado por el país socio. Siete de los nueve países que han priorizado salud en sus MAP trabajan dentro de la IHP+ y en cuatro de estos países la AECID ha sido facilitador en el proceso de adhesión a la Iniciativa. Asimismo, el marco del IHP+ y la promoción de este enfoque en el abordaje de salud, es la apuesta institucional más clara para contribuir a una financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud incluida en esta LE.

El apoyo presupuestario es identificado como el principal instrumento de canalización de la ayuda al sector, un aspecto estratégico dentro del enfoque IHP+. Si bien existe discontinuidad en los porcentajes anuales canalizados a través del apoyo presupuestario¹²¹ (independientemente de la fuente consultada) y aunque ha quedado lejos del hito a alcanzar el 60% de la ayuda canalizada a través de apoyo presupuestario que el PAS-SALUD recogía del III Plan Director, sí ha quedado en el discurso de las personas entrevistadas que el abordaje de la cooperación en salud debe desarrollarse dentro del enfoque programático, privilegiando el apoyo presupuestario para fortalecer los sistemas nacionales de salud.

La AECID ha contado con un rol importante en la coordinación y ha apoyado la evaluación conjunta de la IHP+ en 2012 en Mozambique, Mali, Etiopía y Níger, manteniendo su compromiso sistemático con los mecanismos de rendición de cuentas propuestos por esta Iniciativa. Las OTC de El Salvador, Etiopía, Mali, Mauritania, Mozambique, Níger participan en el proceso de monitoreo de la cuarta ronda de *IHP+ Results 2014*, un acto voluntario que implica un fuerte ejercicio de coordinación de actores tanto en España como

en los países socios tanto para la recogida de la información como por el proceso de diálogo de políticas en terreno que se requiere. La participación en el proceso demuestra compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas para los resultados y ver la trazabilidad de cambios a nivel global y nacional¹²². La actuación en terreno se coordina desde el Área de Salud de la AECID quien, de manera conjunta con las OTCs de los países implicados, compila la información antes de mandarlo al Ministerio de Sanidad.

Por regiones, se ha podido observar cómo el abordaje instrumental de la cooperación en salud en África Subsahariana ha priorizando enfoques armonizados, lo que ha contribuido a garantizar una mayor eficacia de la ayuda al sector. Retomando los datos de la AECID¹²³, en África Subsahariana en el periodo 2010-2012 se ha canalizado un 59,31% (37.500.000€) del total de los fondos en salud bajo un enfoque programático¹²⁴ (apoyo presupuestario y fondos canastas). Por otro lado, los convenios con ONGD¹²⁵ han sido otro instrumento que ha permitido trabajar salud con previsibilidad. A través de las convocatorias del 2010 y 2014 se ha destinado a África Subsahariana casi 34% del presupuesto (49.760.000€) de la AOD en salud, donde un 43,2% (21.500.000€) se destina a intervenciones con énfasis en el fortalecimiento de los sistemas de salud.

En relación al trabajo en apoyo a los Sistemas de Protección Social, durante los años de implementación del PAS-SALUD principalmente se ha desarrollado a través del apoyo a la Iniciativa Red internacional para la Protección Social en Salud (*Providing for Health - P4H*), en el seno de la OMS, optimizando recursos y privilegiando iniciativas de coordinación y armonización de enfoques para el trabajo en salud entre donantes. Sin embargo, no hay constancia de que la asociación de AECID a la iniciativa de P4H

121 En el 2009 el apoyo presupuestario de la Agencia al sector suponía el 20,29% (20.150.000€), y en el periodo 2010-2012 el porcentaje medio ha estado en 15,70% (27.925.000€). Datos sobre el 2013 publicados tras la etapa de análisis de la evaluación, recoge que el apoyo presupuestario al sector salud alcanzó en ese año el 26,94% (7.345.000€) del total de la AOD en salud de la Agencia (Fuente: InfoAOD).

122 Los resultados de este ejercicio es un informe global con datos de desempeño y hallazgos desde los avances hacia las metas y tendencias, y el *scorecard* de los países participantes (donantes y socios) en relación a cada indicador. Está disponible la información sobre 2007 y 2011 sobre el perfil de España como donante y la evolución de éste en ese periodo. Próximamente se publicarán los datos de la evaluación correspondiente al año 2013.

123 Sólo los datos facilitados por esta fuente permitía cruzar la variable geográfica con la instrumental. Véase Anexo 5, tabla 12. Evolución de las operaciones de Ayuda Programática 2009-2012. Como valor absoluto para la AOD en salud de AECID para el continente africano, se recoge la referencia de la tabla 6." Evolución de la AOD Neta en salud de la AECID por regiones y año 2009-2012". Con posterior al análisis se publicaron los datos sobre la AOD española para el año 2013 a través de infoAOD.

124 Según los datos proporcionados por infoAOD el total de la ayuda canalizada bajo instrumentos de enfoque programático (apoyo presupuestario y fondos comunes y canasta) alcanza los 33.645.000€ en el periodo 2011-2013. Sobre este total, 28 millones de euros se destinan a África Subsahariana.

125 Según el cómputo realizado por el Equipo evaluador en base a los convenios de las convocatorias 2010 y 2014.

(OMS) y al Servicio de SOCIEUX (EuroAid) haya sido optimizada ni del número de vinculaciones que AECID ha facilitado entre la demanda de cooperación técnica de los países y la oferta española de personal experto para darle respuesta.

Respecto al apoyo en la gestión del conocimiento e investigación, el CRS de investigación médica (12182) ha supuesto el 7,78% (13.837.714€) del total de la AOD neta de salud en AECID del periodo 2010-2012¹²⁶, siendo el componente que presenta una mayor estabilidad dentro de todo el sector. Se identifica el apoyo a iniciativas concretas, en su mayoría partenariados público-privados, que promueven líneas de investigación orientadas o con componente de investigación aplicada: i) la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015; ii) Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi); iii) la Iniciativa de Malaria de África Occidental (West Africa Malaria Initiative WAMI); iv) la Investigación sobre enfermedades tropicales (TDR); y v) el Instituto de Salud Global (ISGLOBAL) a través del Centro de Investigación de Salud Internacional de Barcelona (CRESIB). Este elementos apuntan a una intención clara sobre el papel que juega la I+D, la orientación práctica de la información y el *know-how* para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

En relación a la Cooperación Sur-Sur y Cooperación Triangular¹²⁷, instrumentos propuestos por el PAS-SALUD en esta LE, no se han registrado experiencias durante los años de implementación del PAS-SALUD. Ello a pesar de que en las entrevistas realizadas sí se ha observado que estos instrumentos son considerados adecuados para el fortalecimiento del sistema sanitario y los sistemas de protección social, así como para el intercambio de experiencias entre países dentro de éstas y otras temáticas. Los informantes han señalado también que, principalmente en América Latina, algunos de los países socios tradicionales de la Cooperación Española clasificados entre los PRM disponen ya de capacidad instalada para ejercer como países donantes (Chile, Argentina, Brasil y México), con lo que pueden ejercer como socios intermedios con otros países en la aplicación de esta modalidad de cooperación.

LE-2: Integración de Programas Prioritarios en los Sistemas de Salud

La LE-2, en coherencia con el objetivo 5 de III Plan Director, pretendía reducir la carga de enfermedad desde un enfoque de salud pública, integrando los programas prioritarios en los sistemas de salud. Esta línea también trató de dar respuesta a la fragmentada cooperación en salud ya identificada en el diagnóstico

Cuadro 10. Principales avances hacia las señas de identidad en la Línea Estratégica 2 “Integración de los programas de temas específicos en los sistemas de salud “

Líneas de Acción en LE-2	Principales señas de identidad del enfoque sectorial	Avances hacia las señas de identidad
2.1. Acceso a los servicios integrales de SSR y promoción de los DDSSRR 2.2. Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia 2.3. Fortalecimiento de los programas de VIH, TBC, malaria y enfermedades olvidadas	<ul style="list-style-type: none"> • Modalidad principal: Multilateral. • Menor % de la AOD de salud total y de AECID para esta línea. • Instrumento prioritario: Contribuciones voluntarias a organismos internacionales a OMUDE con mandatos especializados. • Aumentar paulatinamente la articulación con otras intervenciones y el enfoque integrado en los sistemas de salud. • Asegurar coordinación y articulación entre programas regionales y actividades de país. Maximizar el valor añadido de lo regional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del % de la AOD en salud canalizada vía multilateral. En 2009, se canalizaron el 17,68% (17.560.219) de la ayuda al sector vía multilateral en relación al 9,92% (17.658.670) para el periodo 2010-2012. Algo más del 50% eran fondos ya comprometidos. • Esfuerzos significativos por reorientar las intervenciones en la LE-2 hacia enfoques de trabajo más integradores y/o alineados con el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. • Establecimiento de mecanismos de consulta para mejorar la articulación bilateral/multilateral en el sector. • El 4,27% de la AOD multilateral de la Agencia es canalizada a través de contribuciones voluntarios y siempre a OMUDE con mandatos especializados. • Continúa el apoyo a DDSSRR a través de socios estratégicos y especializados, principalmente, ONGD calificadas y UNFPA. • A través de SM2015 se apoya la promoción de DDSSRR y la promoción de la salud a través de los sistemas nacionales de salud. • Desaparece el apoyo financiero de AECID al control de la malaria (12262) y el control de la tuberculosis (12263).

Fuente: Elaboración propia

126 Véase Anexo 5. Tabla 5 “AOD Neta en el sector salud desglosado por CRS en AECID”.

127 Si bien en los datos facilitados por SGCID no se registra información sobre la cooperación triangular, la revisión documental identificó un proyecto “tipo” de cooperación triangular en salud para la formación en medicina transfusional (Chile-España-Bolivia). No se constató que este proyecto llegará a ejecutarse.

del PAS-SALUD, reorientando la ayuda al sector hacia el enfoque holístico de Salud Global y la integración de acciones dentro de los sistemas nacionales de salud. Algunos entrevistados consideran que esta LE, más que planificar, estuvo destinada a *organizar* las actuaciones en salud pre-existentes dotándolas de un sentido alineado con el marco doctrinal internacional ya señalado y orientándolas a reforzar el contenido y la propuesta de la LE-1.

Ya se ha señalado el limitado margen de influencia que tenía el PAS-SALUD para incidir en el destino de los fondos y los factores que han condicionado su capacidad de influir en la asignación presupuestaria dirigida al sector. En el ámbito multilateral, esta influencia ha sido igualmente limitada: en el periodo de vigencia del PAS-SALUD, se canalizó un total de 11.824.898€, de los cuales 6.242.726€ estaban ya comprometidos¹²⁸. No obstante, se ha constatado una línea de coherencia con el PAS-SALUD tanto en el uso de los instrumentos priorizados, como en el acercamiento al contenido del PAS-SALUD de iniciativas pre-existentes cofinanciadas con otros actores. Para este último caso, y según las fuentes consultadas, el PAS-SALUD fue un aliado para propiciar un redireccionamiento de las intervenciones en la LE-2 hacia enfoques de trabajo más integradores y/o alineados con el fortalecimiento de los sistemas de salud nacionales. Por ejemplo:

- Contribución a la reorientación de intervenciones pre-existentes que solo trabajaban en alguno de los pilares de los sistemas de salud hacia un enfoque más holístico para así contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud como, por ejemplo, el Programa ESTHER del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Contribución a la reorientación de planteamientos estratégicos en iniciativas globales (GFATM) y los programas regionales (Iniciativa Mesoamericana 2015) para lograr un mayor alineamiento con las políticas sanitarias de los países socios.
- Revisión de nuevas iniciativas aprobadas dentro de los programas prioritarios para mejorar el alineamiento con las políticas nacionales de salud y el fortalecimiento más integral de los sistemas de salud de los países socios, por ejemplo, el trabajo

realizado a través de los Convenios de ONGD e intervenciones multilaterales.

Estos avances sobre la propuesta de la LE-2 del PAS-SALUD conviven también con una mayor especialización de los ejecutores de la ayuda destinada a las intervenciones prioritarias, actores especializados en salud que fundamentan su trabajo en los mismos enfoques y abordajes en los que se basa el PAS-SALUD. Como se señaló en el epígrafe 3.1.3., y en base al presupuesto y el instrumento de canalización, los socios estratégicos en salud de la AECID son: (i) entre los OMUDE: OMS, UNFPA y DNDi a los que se apoya mediante contribuciones voluntarias; y (ii) entre las ONGD: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, y Acción contra el Hambre, todas ellas especializadas en el sector.

Otros dos aspectos resultan significativos por su grado de alineación con las líneas de avance de la LE-2 vinculado a los esfuerzos por articular las intervenciones regionales e iniciativas globales con los países donde se implementa y está presente la Cooperación Española.

Por un lado, se ha avanzado en la capitalización de la experiencia y el conocimiento de las OTC sobre la ejecución de la ayuda multilateral en salud. A través de los foros virtuales y los mecanismos de intercambio de información con el terreno a través de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID se han dado pasos significativos para promover mejoras de la acción multilateral desde la experiencia de trabajo de los expertos sectoriales en sede y terreno, así como en la articulación de la acción bilateral y multilateral en salud, un desafío institucional recogido en el Diagnóstico y a través de las entrevistas realizadas. Algunos ejemplos constatados son:

- La labor de incidencia en la SM2015 para cambiar o enriquecer el enfoque de trabajo en iniciativas ejecutadas en los países. Entre las temáticas sujetas a una labor de incidencia se encuentran la atención del componente de salud materno-infantil desde un enfoque de interculturalidad con población originaria, las debilidades de utilizar incentivos económicos a RRHH para garantizar la estabilidad del personal y la sosteni-

128 InfoAOD sobre la distribución de la AOD en salud de la AECID por modalidad e instrumento en el periodo 2011-2013. Los datos aportados reflejan contribuciones obligatorias a la OMS y el desembolso a UNFPA en el marco del MAE con el organismo.

bilidad de las intervenciones en comunidades, la ampliación del enfoque de atención en el embarazo adolescente para incluir actuaciones asociadas a la prevención, educación sexual y métodos de planificación familiar y no solo dar cobertura de servicio a adolescentes embarazadas.

- La promoción de la articulación de programas e iniciativas regionales con mecanismos institucionales que contaban con un mandato regional: (i) se ha aterrizado técnicamente el Proyecto WAMI (West Africa Malaria Initiative) en asociación con CRESIB y las Universidades de Malí y Ghana con enfoque integrado de salud y de fortalecimiento de mecanismos institucionales regionales (ECOWAS); y (ii) la SM2015 se lanzó con un enfoque integrado de salud y de fortalecimiento de mecanismos institucionales regionales (COMISCA).
- El apoyo y compromiso de participación en las rondas de monitoreo y ejercicios de evaluación de los compromisos de la IHP+, y que involucran a las OTC, y a todos los actores de la cooperación internacional a nivel de país, en un diálogo de política sectorial con los gobiernos de los países socios firmantes, como parte de un ejercicio de transparencia y rendición mutua de cuentas.
- La implicación de las OTC en el seguimiento del Fondo Global para contribuir a una mejora de la efectividad de este mecanismo de ayuda y lograr una mayor complementariedad, coordinación y alineamiento entre ésta y los programas país y planes de desarrollo nacionales. Actualmente, España participa en cuatro mecanismos de coordinación a nivel nacional.

Por otro lado, la ayuda destinada a programas y políticas sobre población y salud reproductiva (130) por parte de los distintos agentes de la Cooperación Española se ha reducido en un 93,40% entre los años 2009 y 2012¹²⁹. El apoyo de la AECID a este componente igualmente se ha reducido, pero en menor porcentaje, presentando poca variación anual en los

porcentajes de ayuda desde el año de vigencia del PAS-SALUD¹³⁰. Por otro lado, las orientaciones del PAS-SALUD indicaban priorizar las acciones en SSR en comunidades y/o grupos de población con índice de riesgo reproductivo¹³¹ (IRR) alto y muy alto. En esta línea, la SM2015 ha promovido en los países el acceso a servicios integrales de SSR a las poblaciones más desfavorecidas y en los documentos MAP firmados tres de los cinco países que atienden a este componente cuentan con un IRR alto o muy alto: Etiopía, Guatemala y Bolivia¹³². Además de la SM2015, son las ONGD especializadas los principales socios para trabajar en este subsector¹³³.

Por otro lado, dos de las acciones regionales desarrolladas en ALC han tenido en la línea de SSR una de sus prioridades. La SM2015 y el Fondo España-OPS han promovido el acceso a la información y al conocimiento para así ir generando una masa crítica mayor en las agendas en las políticas y sistemas de salud, nacionales y regionales con vistas a contribuir en los procesos de cambio de los sistemas de salud.

La ayuda destinada a salud básica (122), donde se encuentran los restantes programas prioritarios del PAS-SALUD, se ha reducido en un 79,60% entre los años 2009 y 2012¹³⁴. Si bien el contexto presupuestario explica en parte esta reducción, este dato interpretado junto al incremento porcentual anual de la salud general (121) podría indicar que el apoyo a los programas específicos se está reorientando hacia la atención a la salud infantil y está siendo atendido bajo el fortalecimiento de los sistemas de salud (LE-1) alineándose con el contenido del PAS-SALUD.

Según los datos aportado por el Departamento de Cooperación Multilateral, la propuesta de apoyo técnico y financiero al fortalecimiento de los programas de VIH, TBC, malaria y enfermedades olvidadas se ha concretado, en términos financieros, en el apoyo al DNDi - y la Investigación sobre enfermedades tropicales (TDR/

129 Véase Anexo 4, Tabla 5. Total AOD de la AECID en 2009 para el código 130 según datos aportados por SGCID, 28.751.875 €, para mismo código en 2012, 6.030.537€. La reducción de fondos se sucede en un marco mayor de recortes, donde la AOD de la CE a la salud sexual y reproductiva disminuyó de 190,9 millones en 2009 a 12,5 millones en el 2012.

130 Esta tendencia se confirma con los datos en 2013 para el código 130, donde AECID ha canalizado el 24,43% (6.659.758€) del total de la ayuda al sector.

131 https://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/PAI_Mundos%20Diferentes%20ficha.pdf

132 Cuatro de los países que tienen previsto priorizar salud en sus planificaciones estarían igualmente entre los países con un IRR en las posiciones de riesgo muy alto y alto: Mozambique, Malí, Níger y Mauritania.

133 Fuente: InfoAOD. AOD de la Agencia destinada al subsector 130 por instrumento y entidad canalizadora en el periodo 2011-2013.

134 Total AOD de la AECID en 2010 para el código 122 según datos aportados por SGCID, 23.931.460 €. Total AOD de la AECID en 2013 para el código 130 según InfoAOD 4.837.679 €.

OMS). Dentro del periodo de implementación del PAS-SALUD ha desapareciendo el apoyo financiero al control de la malaria (12262) y al control de la tuberculosis (12263).

Línea Estratégica 3. Fortalecimiento Institucional de la AECID

Paralelamente a direccionar la ayuda y el enfoque de las actuaciones de la AECID en salud, el PAS-SALUD incluyó en su diseño la LE-3 con el fin de crear las condiciones institucionales necesarias para integrar el enfoque sectorial de salud en las actuaciones y decisiones de la Agencia en torno al sector. La propuesta de refuerzo institucional de la Agencia se apoyó en tres pilares: la reducción de la fragmentación de la ayuda y equidad en la asignación de recursos (calidad de la ayuda), coherencia y gestión integral del conocimiento. En la práctica, estos pilares se concretan principalmente en mejorar y formalizar la coordinación interdepartamental e interinstitucional con socios sectoriales, incrementar la capacidad técnica y el grado de especialización de los recursos humanos y contribuir a generar sinergias apoyadas en una propuesta de gestión del conocimiento que permita capitalizar las experiencias y capacidades de diferentes actores.

Con respecto a la Calidad de la Ayuda, como ya se ha mencionado en el análisis de los procesos de planificación geográfica así como en el apartado de coordinación, no se han identificado mecanismos ni instrumentos que facilitaran la influencia del PAS-SALUD en estos procesos de planificación y coordinación. Sin embargo, se han identificado algunas tendencias significativas de concentración sectorial que repercuten en las líneas de avance marcadas por el PAS-SALUD y la calidad de la ayuda al sector ofrecida por la AECID: (i) la Agencia ha priorizado en sus actuaciones el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud (LE-1); (ii) se ha apoyado el incremento de la ayuda al CRS 121 y la utilización de instrumentos que ofrecen una mayor previsibilidad (convenios, contribuciones no marcadas a OMUDE especializados y apoyo presupuestario); (iii) los países que han priorizado salud en sus MAP se encuentran dentro del listado de países prioritarios para el sector salud, un listado que contemplaba los criterios de equidad contemplados en la Comunicación; y (iv) se ha promovido un mayor acercamiento a socios cualificados en salud para contribuir a un mayor impacto de la ayuda de la Agencia. Este avance no puede ser claramente identificado con la influencia del PAS-SALUD dado que en el proceso de toma de decisiones sobre la priorización de salud en una planificación geográfica entra en juego un entramado de distintos factores que

Cuadro 11. Principales avances hacia las señas de identidad en la Línea Estratégica 3 “Fortalecimiento institucional de la AECID”

Líneas de Acción en LE-3	Principales señas de identidad del enfoque sectorial	Avances hacia las señas de identidad
3.1. Calidad: (Apoyo a los MAPs y Programación Operativa, revisión criterios selección países prioritarios, aplicación CC-UE, Elaboración de la Guía de Diálogo de Políticas Equidad Monitoreo y Evaluación del PAS-S) 3.2. Coherencia: marco estratégico, estrategia para aumentar fondos de Ayuda Programática, elaboración de protocolos ,mecanismos de coordinación 3.3. Gestión integral del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque armonizado con los Estados Miembros de la Unión Europea y todos los socios de la Cooperación Española en el marco de la Eficacia de la Ayuda (División de Trabajo) Instrumento prioritario: Elaboración de guías, protocolos y redes técnicas para la mejora de la ayuda Fortalecer la capacidad técnica de AECID en salud (sede y terreno) Generar sinergias con otros departamentos, sectores, instrumentos y modalidades 	<ul style="list-style-type: none"> La Agencia avanza hacia la mejora de la calidad de la ayuda dirigida al sector: i) priorización del fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud a través del incremento del % de la AOD al CRS 121 a través de instrumentos que ofrecen una mayor previsibilidad; ii) fomento de un mayor acercamiento a socios cualificados en salud para contribuir una mayor impacto de la ayuda de la Agencia Los 16 países que han priorizado salud en sus MAP o le dan un espacio importante en él, concentran el 60,1% del total de la AOD en salud desembolsadas por AECID en el periodo 2010-2012. Sin embargo, la fragmentación de la ayuda es un tema no resuelto el 40% de la ayuda restante se distribuye en más de 50 países distintos La Guía de Diálogos de Políticas está siendo elaborada para contribuir a los procesos de diálogo sobre políticas del sector, sobre todo allí donde se carece de personal especializado. Establecimiento protocolo de trabajo conjunto con el Departamento de ONGD. No se establecieron protocolos de trabajo interdepartamentales ni mecanismos de coordinación formales entre el área de salud de AECID y SGCID. Se han elaborado tres guías para promover la transversalización del enfoque de salud en otros sectores u ámbitos: acción humanitaria, agua y saneamiento y nuevas tecnologías Se constatan patrones de intersectorialidad en los MAP, un mayor número de sinergias entre instrumentos (África Subsahariana) y una mejora en la articulación bilateral/multilateral gracias a los aportes de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID desde el terreno.

Fuente: Elaboración propia

cuentan con un peso propio a la hora de determinar una posible priorización¹³⁵.

En relación al apoyo técnico a sede y terreno en el diálogo de políticas, la Guía del Diálogo de Políticas es una herramienta que ha quedado pendiente en este periodo. En opinión del personal del Área de Salud y otros actores sectoriales, esta herramienta era clave para el fortalecimiento del enfoque sectorial de salud en la Agencia al estar destinada a mejorar la comprensión y la capacidad técnica del personal de la AECID para el diálogo de política sectorial con los países socios y otros actores.

Por último, en la línea de la calidad de la ayuda, la gran debilidad identificada ha sido la falta de monitoreo del PAS-SALUD, aspecto que ha condicionado todo el ciclo de implementación del instrumento. En opinión de algunos informantes, la falta del seguimiento del PAS-SALUD ha estado motivada por los significativos cambios que sufrió el instrumento previo a su aprobación: (i) se suprimieron los indicadores identificados para su seguimiento; y (ii) no se consideró necesario que la implementación y el desempeño del PAS-SALUD estuviera sujeto a rendir cuentas institucionales. Ambos aspectos han determinado que el seguimiento del PAS-SALUD no se haya sido considerado una prioridad. La única información relativa al seguimiento que se ha podido identificar ha sido la nota sector que, aunque muestra información relevante del sector, no profundiza en cada una de las líneas de acción ni, en el caso del sector salud, ha conseguido mantener una periodicidad anual.

En la línea de coherencia, los marcos de colaboración estratégica con instituciones socias que proponía el PAS-SALUD, fueron iniciados durante los primeros momentos de implementación, como es el caso de ISGlobal y la FCSAI. Sin embargo, debido al contexto presupuestario de la Agencia, los marcos elaborados han quedado muy debilitados y otros quedaron pendientes de realizarse (EASP y el ISCIII).

En relación a los protocolos y a la coordinación interdepartamental para transversalizar la salud, se han

podido identificar tres guías o manuales elaborados en el marco del PAS-SALUD: (i) la Guía operativa para la respuesta directa de salud en desastres, (ii) la Guía para la incorporación de la salud en las TICs, y (iii) las orientaciones elaboradas para el Fondo del Agua. Sin embargo, no ha podido constatarse cuál ha sido su uso, ni si se han utilizado adecuadamente para promover un enfoque de trabajo más transversalizador de la salud. A éstos se añade lo ya mencionado en el apartado de coordinación de las limitaciones en la coordinación interdepartamental y la falta de protocolos y mecanismos¹³⁶.

En la línea de gestión del conocimiento, se resaltan dos instrumentos ya mencionados y descritos anteriormente: la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española y la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID. El PAS-SALUD no ha podido movilizar las voluntades necesarias para dotar de una mayor institucionalización a estos espacios y mecanismos que, en opinión de la mayor parte de los informantes, han enriquecido a la Agencia en temas de salud y cooperación, y han ofrecido la oportunidad de capitalizar el conocimiento de los actores como un recurso a ser optimizado para mejorar su actuación en salud.

En general, las jefaturas sectoriales coinciden en identificar la falta de presupuesto asociada a los PAS como la mayor debilidad para poder avanzar más en esta línea. Con anterioridad a 2012, el Departamento de Cooperación Sectorial contaba con un presupuesto a su disposición fruto de varios instrumentos presupuestarios que le permitieron realizar encuentros y contratar asistencia técnicas para apoyar el fortalecimiento del enfoque sectorial (encomiendas de gestión, subvención nominativa a la FIIAPP, etc.). Este presupuesto fue destinado a las acciones para el fortalecimiento institucional incluidas en las LE-3 de los diferentes PAS. A partir de 2012 no se ha contado con este presupuesto, dificultando con ello la posibilidad de planificar con visión estratégica y procesual el fortalecimiento de la Agencia a este respecto¹³⁷.

Asimismo, se han podido identificar esfuerzos por alinear los programas de formación (PIFTE, PCI y pro-

135 Véase epígrafe 3.1.2. sobre los factores con mayor peso a la hora de determinar la priorización de un sector.

136 Véase epígrafe 3.2. sobre coordinación.

137 La falta de regularidad y previsibilidad de los fondos destinados al Departamento de Cooperación Sectorial es ejemplificado por parte de su personal con el término jocoso de "fondos pedrea" que hacen referencia a los remanentes en el presupuesto de fin de año que suelen llegar al Departamento de Cooperación Sectorial.

gramas de becas) con el contenido del PAS-SALUD pero que no se han traducido en programas formativos ni proyectos PCI en esta línea. Por otro lado, y en relación a la formación continua, se ha identificado también una propuesta desarrollada por la EASP para este fin pero que finalmente no pudo ser implementada por falta de fondos. Dicha formación pretendía mejorar la especialización en salud del personal; estaba estructurada bajo el modelo 4x4, y se propuso para que junto a la Guía de Diálogo: i) contribuyera a la mejora del diálogo técnico; y ii) aumentara la incidencia estratégica en salud del personal de la Agencia, principalmente en terreno.

Por último, en términos del fortalecimiento de la capacidad técnica de la AECID como actor en salud global, como se ha señalado, se ha podido comprobar a nivel documental y testimonial, la activa participación del Área de Salud en foros y debates internacionales y como ésta ha permitido posicionar a la Agencia como un interlocutor reconocido, con capacidad de propuesta, con aportes significativos sobre la ejecución en terreno de la ayuda destinada al sector y con una posición afín a la generación de alianzas estratégicas con otros donantes y países miembros de la UE y entre los actores españoles en el sector (REPER, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y SGCID) para definir el posicionamiento a nivel internacional.

Los resultados de esta LE deben leerse desde los resultados expuestos en el próximo apartado sobre la estructura y el contexto de implementación del PAS-SALUD.

3.3.2. Contexto y Estructura de la Implementación del PAS-SALUD

Una de las finalidades de esta evaluación se relaciona con valorar el PAS como instrumento genérico de planificación sectorial. Esta finalidad remite a la experiencia de ejecución del PAS-SALUD y a aquellos

aspectos que pueden extraerse para los restantes instrumentos de planificación sectorial¹³⁸. Si bien los matices podrán ser distintos entre los sectores, existen aspectos comunes que forman parte del contexto y de la estructura en los que se diseñó e implementó el PAS-SALUD.

Asimismo, en las diferentes entrevistas mantenidas ha sido recurrente el papel atribuido al contexto y a la estructura institucional como parte de los factores explicativos del tipo de logros y limitaciones que ha tenido el PAS-SALUD, tanto sobre lo planificado inicialmente, como sobre las condiciones de sostenibilidad de los avances alcanzados.

Entre estos factores, las personas entrevistadas identifican algunos elementos favorecedores de la implementación del instrumento. Se considera un motor de cambio la necesidad de la Agencia de atender las demandas que imprime el ámbito internacional vinculado, principalmente, en dos aspectos: i) incrementar la concentración sectorial para mejorar la eficacia y la calidad de la ayuda que generó el compromiso de la Agencia de incorporar el enfoque sectorial como elemento estratégico en su proceso de reforma; y ii) potenciar el diálogo técnico de la AECID en un contexto internacional que demandaba en mayor medida una participación de calidad en debates sustantivos sobre el sector.

Otro elemento favorecedor identificado por los informantes es la continuidad en la línea de trabajo del Área de Salud. Esta continuidad es anterior al propio instrumento dado que en su diseño se incorporan procesos, instrumentos, relaciones con otros actores, etc. que partió del periodo de la elaboración de la Comunicación y que proseguiría durante la vigencia del PAS-SALUD. Esta labor es reconocida por otros actores sectoriales y valorada por la institución como el factor que ha incidido en mayor medida en dotar de una mayor coherencia a las actuaciones de la Agencia en salud.

Entre las personas entrevistadas sobre la ejecución del PAS-SALUD, se identifica un significativo grado

138 "En cuanto a la utilización prevista de la evaluación, se espera que sirva a la Cooperación Española para ofrecer información relevante, útil y oportuna que pueda servir de base para la toma de decisiones que mejoren no sólo la cooperación para el desarrollo en el sector de la salud, sino que permita extraer lecciones aprendidas que alimenten otros procesos de actualización, diseño e implementación de Planes de Actuación Sectorial. Más concretamente, se espera que la evaluación proporcione información para conocer si el PAS-SALUD continúa siendo relevante y pertinente en el contexto actual o si sería conveniente revisar algunos elementos del diseño inicial. Adicionalmente, deberá proporcionar información suficiente para la redacción de un nuevo PAS de Salud, de los PAS de otros sectores de la AECID, así como ofrecer una valoración global sobre la pertinencia y adecuación actual del PAS como documento de planificación sectorial. Se espera, por último, que proporcione recomendaciones específicas para mejorar el nivel de apropiación y asegurar la implementación de líneas de acción y acciones prioritarias". TdR. pág. 3.

de acuerdo sobre algunos aspectos del contexto que se han relacionado con elementos inhibidores de la implementación y actual sostenibilidad del PAS-SALUD. Junto a la convivencia de varias visiones sobre los PAS, ya mencionada anteriormente, que afecta a las opciones sobre cómo abordar la implementación del propio PAS-SALUD¹³⁹, los elementos inhibidores identificados son: i) los cambios de contexto existentes entre momento del diseño y el de su implementación; ii) la ausencia de recursos económicos sostenidos para ejecutar el contenido del instrumento; iii) la delegación institucional de la implementación del PAS-SALUD en el Área de Salud; iv) el limitado grado de atención al fortalecimiento y generación de capacidades técnicas sectoriales en salud; v) la falta de un seguimiento periódico y sistemático vinculado a una rendición de cuentas institucional sobre la ejecución del instrumento; vi) la limitada gestión del conocimiento; y v) los esfuerzos no sistemáticos por mejorar la coordinación y coherencia en la actuación de la Agencia dentro del sector.

Aunque cada uno de los aspectos señalados arriba es significativo a la hora de valorar cómo ha funcionado el PAS-SALUD, su capacidad explicativa aumenta cuando son puestos en relación para ubicar adecuadamente cómo contexto y estructura han podido contribuir al devenir que ha tenido el instrumento en estos años.

El PAS-SALUD ha convivido con un periodo de ajustes de visiones entre su diseño inicial y su implementación, principalmente bajo tres parámetros: i) dos administraciones diferentes —el primero, responsable del diseño del impulso del enfoque sectorial y el segundo, heredero de la implementación de un instrumento, de su filosofía y propuesta; ii) dos contextos presupuestarios diversos, la fase de diseño respondió a un contexto expansivo en recursos y la fase de implementación a un contexto de crisis económica con una importante restricción de los fondos destinados a la cooperación al desarrollo en general, y al sector salud en particular; iii) énfasis estratégicos distintos debido a la rotación en la jefatura del Departamento de Cooperación Sectorial (4 responsables) en los

años de diseño y vigencia del PAS-SALUD. En este periodo de ajustes se presentan brechas entre lo inicialmente planificado y lo posible, brechas que son igualmente reconocidas por las jefaturas sectoriales consultadas y que reconocen en el cambio de contexto un importante aspecto explicativo al devenir que han tenido también los restantes PAS.

El PAS-SALUD se diseñó en un contexto con mayores recursos en la Agencia (financieros y recursos humanos) y su implementación se da en un contexto de disciplina presupuestaria. La ejecución del PAS-SALUD no ha contado con un presupuesto regular¹⁴⁰ previsible que le permitiera planificar su implementación, principalmente la LE-3 por ser la más operativa y concreta de sus líneas y la que abordaba el fortalecimiento de las capacidades institucionales de la Agencia. Los recursos económicos de la Agencia se administran principalmente por las unidades que gestionan intervenciones, una circunstancia que limita administrativamente las posibilidades de contar con los recursos adecuados para la ejecución del instrumento e incidir en un mayor conocimiento y uso del PAS-SALUD. La influencia de este factor inhibitor se acrecienta cuando, por un lado, no se han encontrado evidencias de que otra unidad de la Agencia destine recursos a la implementación del PAS-SALUD, no se han establecido mecanismos de coordinación entre el Área de Salud y las distintas unidades de la AECID y, por otro, se ha constatado que en sede existe un bajo nivel de apropiación del PAS-SALUD.

Las restantes Áreas sectoriales comparten la dificultad que ha supuesto no contar con un presupuesto mínimo, pero previsible, que les permita pensar estratégicamente y con visión de proceso sobre cómo implementar o incidir en la implementación de los PAS.

La buena valoración de la capacidad técnica del Área de Salud, junto a un déficit de apropiación del instrumento en sede, han propiciado que *de facto* se haya producido una delegación institucional de la implementación del PAS-SALUD en este Área. Se identifica que este hecho ha tenido dos consecuencias significativas:

139 *Ibidem*

140 El contexto expansivo de recursos, periodo anterior a la entrada en vigor formal de los PAS, se caracterizó por un elevado nivel de presencia y desarrollo de actividades en los ámbitos sectoriales, una significativa dotación económica para gestionar encomiendas de gestión y contratos que permitieron contar con servicios de apoyo externo especializado para ampliar el impacto y extensión de la actuación. Durante la vigencia de los PAS, se ha identificado la concesión de una selección de subvenciones nominativas para apoyar ciertas líneas de acción estratégicas del Departamento de Cooperación Sectorial, por ejemplo, las redes de expertos sectoriales para la articulación sede y exterior.

- El contenido del instrumento ha podido permear procesos y actuaciones de la Agencia en la medida que el Área ha desempeñado un rol propositivo —y no sólo de consulta— en los procesos de construcción de decisiones y posiciones sobre salud. El ámbito internacional y la influencia sobre la lógica instrumental son ejemplos de ello.
- La sostenibilidad de los avances del PAS-SALUD tiene un alto grado de dependencia de la participación activa del Área y de su personal en los procesos. Esta dependencia es un significativo factor debilitante en la sostenibilidad de los avances y la propuesta de actuación del instrumento.

Los informantes consideran relevante para la eficacia y la calidad de la ayuda en el sector contar con una unidad dentro del organigrama institucional que proporcione un tratamiento especializado y asegure la calidad de las actuaciones de la Agencia en salud. Sin embargo, la delegación de la ejecución del PAS-SALUD en el Área, cuando el enfoque sectorial en salud está concebido para ser transversal a toda la institución, supone un relevante factor inhibitor en la implementación del PAS-SALUD en su concepción original. Se reconoce que la jerarquía orgánica y las competencias funcionales del Área de Salud limitan su capacidad de incidir en la incorporación del enfoque sectorial en salud dentro de la estructura matricial de la AECID, es decir, en las restantes unidades de la Agencia, si no se proporcionan los canales apropiados desde la institución para poderlo hacer así.

Según las entrevistas mantenidas, esta situación es común a los restantes PAS, donde se identifica que el contenido del instrumento ha formado parte de los procesos de decisión en la medida que ha sido llevado por las jefaturas de las áreas sectoriales a la mesa de diálogo y procesos de toma de decisión. También señalan que han requerido de una posición sectorial avalada por la institución (PAS) para abrirse un espacio de influencia en el trabajo con otras unidades de la Agencia, y poder argumentar y defender contenidos sectoriales coherentes y articulados con lo propuesto por los distintos PAS. Las jefaturas identifican

al instrumento como un contrapeso para avalar la coherencia sectorial y redirigir decisiones de la Agencia hacia la posición sectorial institucional si se aprecian incoherencias que alejan las actuaciones de la AECID en un determinado sector del contenido y enfoque de trabajo propuesto por los PAS.

Han contado con poco desarrollo aspectos transversales a la adecuada ejecución del PAS-SALUD que, por otro lado, aparecen igualmente identificados en los restantes PAS, como son: la generación de capacidades técnicas, el establecimiento de protocolos para la coordinación y articulación entre unidades y la gestión del conocimiento. Los avances en la propuesta del enfoque sectorial de salud contenido en el PAS-SALUD y su sostenibilidad se apoyaban en gran medida en el fortalecimiento de estos elementos de estructura institucional que eran abordados, mayoritariamente, dentro de la LE-3. La debilidad en la ejecución de las acciones previstas en esta LE contribuyó a acrecentar la dependencia en el Área de la implementación del instrumento.

El modelo de recursos humanos de la AECID no promueve, en principio, la especialización sectorial, salvo algunos puestos en sede (Jefes de Área, Servicio y Técnicos Laborales del Departamento de Cooperación Sectorial) y en el exterior (Responsables de Proyecto)¹⁴¹. Según las fuentes consultadas, este modelo responde al periodo donde la organización era un Organismo Autónomo y no existía una exigencia por integrar y fortalecer el enfoque sectorial en las actuaciones de la Agencia. Asimismo, la plantilla de la AECID se encuentra expuesta a importantes dinámicas de movilidad y temporalidad (en el caso de los responsables de proyecto).

Las intervenciones en salud de la Agencia se implementan dentro de este modelo de gestión de los recursos humanos, abierto a dinámicas periódicas de movilidad y a falta de promoción de la especialización sectorial. Para abordar ambos aspectos, las fuentes consultadas señalan la necesidad de invertir en el fortalecimiento de las capacidades técnicas en salud para poder atender

141 Por ejemplo, los responsables de programa, que constituyen la plantilla estable de la organización en las oficinas de terreno y a los que se asignan programas sectoriales, fueron reclutados en función de su conocimiento y experiencia como gestores de programas y proyectos de cooperación, no como especialistas sectoriales. Numerosos Responsables de Programa cuentan con alta especialización sectorial derivada de su trayectoria profesional anterior al proceso de reclutamiento sin que la Agencia lo haya buscado o promovido, y depende de cada OTC el querer y llegar a capitalizar el conocimiento especializado con el que cuentan estos/as profesionales. Además la plantilla de la AECID se encuentra expuesta a una gran dinámica de movilidad y temporalidad ya que los responsables de programa tienen un tiempo de permanencia en un país limitado a 5 años y los responsables de proyecto tienen contratos laborales temporales asignados a un proyecto o área concreta por un tiempo definido.

adecuadamente y con rigor las demandas en el sector. No se cuenta con una caracterización del cuerpo técnico responsable del trabajo en salud, sin embargo, las respuestas obtenidas por medio del cuestionario a la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID permite hacer una primera aproximación que apoya la necesidad de la formación continua, en este caso, del cuerpo técnico en terreno.

De los 23 integrantes de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID que respondieron el cuestionario, solo 14 trabajan actualmente como responsables del sector salud o encargados de intervenciones en este sector, dejando así constancia de la movilidad mencionada. Dentro de este grupo: i) en el 64,3% de los casos la responsabilidad del sector recae en el Responsable de Programa; ii) de los cuales el 50% de las personas declara no tener formación especializada en salud, y; iii) dedican un promedio de 18 horas semanales a trabajar en el sector. Según la encuesta, y dentro de esta caracterización promedio, el personal técnico estaría encargado de importantes funciones para el impacto en el sector salud: i) la gestión y el acompañamiento de actuaciones en salud que han contado en el periodo 2011-2013 con un presupuesto superior a los 4 millones de euros en el 57,1% de los casos y de 2 millones en un 14,3% de los países que contestaron el cuestionario; y ii) el diálogo de políticas y la interlocución técnica en salud con Ministerio de Salud en el país (21,7%), ONGD españolas (21,7%), NN.UU. (13,3%), e Iniciativas globales con presencia en el país (13,3%).

A esta ejemplificación de lo que ocurre con el personal técnico en terreno, se suma la opinión bastante extendida entre las personas entrevistadas, que consideran que las capacidades técnicas de la AECID en el sector son manifiestamente mejorables y que deben ser atendidas como prioridad tanto en sede como en terreno.

Las restantes Áreas Sectoriales consultadas coinciden igualmente en señalar el déficit de capacidades institucionales como factor limitante en la implementación de los PAS y la sostenibilidad de los avances. Se señala la necesidad de abordar este limitante con formación para una necesaria especialización técnica sectorial, pero también invirtiendo en generar unas

mínimas bases sobre el manejo del enfoque sectorial en los diferentes niveles en los que opera la AECID. En los distintos sectores se han promovido algunos procesos formativos de diferente calado aprovechando distintas coyunturas puntuales para organizar formaciones y encuentros con otros agentes sectoriales, aunque no se ha logrado permear la oferta formativa institucional recogida en los Planes de Formación anuales de la Agencia¹⁴². La formación en temáticas sectoriales ha sido limitada en número y contenido, aislada entre sí, sin sistematicidad y carente de una visión de proceso. Se alude como causa de ello, al recorte presupuestario y a la falta de una voluntad política decidida que hubiera permitido impulsar con decisión el enfoque sectorial en la Agencia.

La coordinación es un aspecto clave en el fortalecimiento del enfoque sectorial y en la coherencia de las actuaciones en salud. Sin embargo, no se han logrado establecer las propuestas de protocolos que recogía el PAS-SALUD para mejorar la coordinación, articulación e intercambio de información relativa a salud tanto entre las unidades interinstitucionales como con socios especializados fuera del sector. Según se recoge en la memoria de actividades del Departamento de Cooperación Sectorial de 2011 y de los insumos aportados por las propias Jefaturas de Área, el elevado número de interacciones con las distintas unidades de la Agencia y de servicios *ad hoc* que cumplen las Áreas Sectoriales —similares en naturaleza a las ya recogidas para el Área de Salud— no ha dado lugar a procedimentar las relaciones. El apoyo y asesoramiento sectorial a las distintas unidades se realiza por canales informales con independencia del monto de la intervención o de su calado político. Las distintas unidades consultadas en sede, no comparten la necesidad de establecer procedimientos de organización y gestión claramente definidos y orientados a objetivos o instrumentos concretos para dar participación a las Áreas Sectoriales en los mismos. Uno de los entrevistados lo denominó una “*burocratización innecesaria*” y no es considerado como un mecanismo necesario para facilitar la coordinación, la coherencia sectorial y las sinergias de las actuaciones, respetando las funciones de cada unidad en este sentido. Por el contrario, desde terreno, un 82,6% de los integrantes de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID

142 En el Plan de Formación anual de la Agencia se han impartido las siguientes formaciones con perfil sectorial: Planificación desde el enfoque de género, curso de 32 h. impartido anualmente entre 2011 y 2013 y vinculado a la transversalización de género. En el año 2012, tres formaciones de 4 horas de duración cada una referentes al sector de crecimiento económico para reducción de la pobreza.

que respondieron en cuestionario¹⁴³ identifican como factor prioritario para fortalecer en enfoque sectorial la necesidad de contar con procedimientos y mecanismos concretos de articulación que garanticen la coordinación entre las unidades de la Agencia. A este respecto, solo estaría de acuerdo un 30% del personal coordinador encuestado.

La gestión del conocimiento vinculada al aprendizaje y la mejora continua organizacional en relación a las actuaciones y el enfoque sectorial ha sido un elemento de estructura que ha limitado la implementación del PAS-SALUD. El número de actores ejecutores de la ayuda en salud, de actuaciones en el sector e iniciativas y espacios de debate globales son elementos que complican la coordinación si la información y el conocimiento no son compartidos. El componente que contó con un mayor desarrollo fue la generación de redes de intercambio y aprendizaje mutuo a través de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID y los foros virtuales. A través de estos últimos, se ha capitalizado el conocimiento en terreno para nutrir la toma de decisiones y posiciones en iniciativas globales y el ámbito internacional. El diálogo técnico que ha mantenido la Agencia en foros y ámbitos de decisión y debate en salud, ha tenido un perfil diferenciador con respecto a los restantes actores, por estar en posición de poder articular, tanto el discurso técnico especializado como la experiencia ejecutora en terreno desde el intercambio de información con las OTC. Esta capitalización del conocimiento en terreno ha alimentado las posiciones españolas en el sector a nivel internacional de manera consensuada entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la AECID, la SGCID y la REPER que ha mostrado el potencial de la coordinación de actores en cooperación y salud ha tenido influencia en foros internacionales. Sin embargo, no hay constancia de que se haya capitalizado este mismo conocimiento para los procesos en sede, quedando pendiente optimizar los mecanismos para que la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID pueda nutrir igualmente los procesos a la interna de la AECID en materia sectorial.

Durante su vigencia, la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española mantuvo activo un

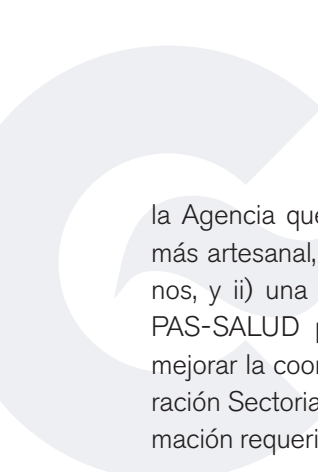
importante flujo de información y espacios valiosos de intercambio de información y trabajo conjunto. Sin embargo, al ser un espacio no institucionalizado y su corta duración, no ha permitido ver resultados en términos de coordinación de actores sectoriales ejecutores de AOD de la Agencia y mucho menos sobre una incipiente división de trabajo en salud.

Otro importante factor inhibitor de la implementación del PAS-SALUD ha sido el carecer de una propuesta para el seguimiento de su gestión y desempeño. El documento final aprobado no cuenta con las metas e indicadores que se identificaron en las primeras versiones del instrumento. Quedaron algunas metas en el documento y en la matriz explicativa de metas en su anexo, pero se desposeyó al instrumento del componente de rendición de cuentas institucional sobre el grado de alineamiento con el enfoque sectorial propuesto por el PAS-SALUD. Varios informantes atribuyen a este hecho la débil capacidad del PAS-SALUD para influir en los procesos estratégicos de la Agencia y un elemento desmotivador para monitorear los avances y desafíos de su implementación. Sin el seguimiento del PAS-SALUD no se contó con insumos sobre la evolución del enfoque sectorial en salud de la Agencia, que pudiera retroalimentar a la AECID y nutrir el proceso de toma de decisiones de la institución con la información que se desprendiera del proceso de seguimiento.

La falta de seguimiento es común en todos los PAS. En el caso concreto del PAS-SALUD, los indicadores que conformaban la matriz de seguimiento propuesta y que finalmente no fue incorporada en el instrumento, no estaban adaptados a las posibilidades de la disponibilidad efectiva de información que proporcionaba el sistema de información de la Agencia. El tipo de información que se requiere para monitorear las LE-1 y LE-2 no son datos recopilados ni tratados recurrentemente por las unidades de la AECID dada la naturaleza específica de esa información; sólo cuando los datos para el seguimiento tiene equivalencia con un código CRS hubiera sido posible realizar aproximaciones cuantitativas al grado de avance desde las bases de datos del Seguimiento del PACI. Sin embargo, la mayoría de los indicadores requieren de un acercamiento más cualitativo¹⁴⁴ y cercano a las unidades de

143 Véase Anexo 6. Cuestionario Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, Pregunta 15.

144 Indicadores del tipo: i) % de intervenciones de AECID relativas a políticas de salud en las que se ha contemplado la participación democrática en la planificación, gestión, seguimiento y evaluación de los sistemas de salud; ii) % de las intervenciones con componente en medicamentos contemplan la gestión integral del mismo. N. y tipo de intervenciones; iii) % de las intervenciones aprobadas incluyen el componente de partos institucionales.



la Agencia que hubiera requerido: i) un seguimiento más artesanal, extensivo en tiempo y recursos humanos, y ii) una mayor comprensión y apropiación del PAS-SALUD por parte de las unidades, así como mejorar la coordinación del Departamento de Cooperación Sectorial con ellas para que registraran la información requerida para dar seguimiento al instrumento.

El propio PAS-SALUD recogía la necesidad de un único sistema de seguimiento que permitiera compartir los datos y hacer seguimiento de la AOD mas allá de los códigos CAD y CRS para obtener la información necesaria para el seguimiento de compromisos. Un sistema que se entendía complementario en las acciones necesarias para mejorar la comunicación y

coordinación departamentos sectoriales/ técnicos y unidades geográficas, y donde debía sumarse la protocolización de los procesos, la formalización de las relaciones entre las unidades.

Por último, las personas entrevistadas identifican como un factor limitante en la implementación del PAS-SALUD el carecer de un decidido impulso desde la organización para fortalecer el enfoque sectorial que debería haberse materializado dotando al Departamento de Cooperación Sectorial de recursos adecuados y previsibles para planificar la implementación de los PAS en general, y en un posicionamiento más visible en apoyo a la integración del enfoque sectorial en las actuaciones de la Agencia.



4. Conclusiones y recomendaciones

4 Conclusiones y recomendaciones

4.1. Conclusiones

Este apartado presenta las conclusiones de la evaluación estructuradas por las preguntas marco que recogían los objetivos de la evaluación y las áreas de interés de los TdR: diseño del instrumento, la influencia del PAS-SALUD en los procesos de planificación geográfica, en las asignaciones presupuestarias y en la coordinación, así como las conclusiones generales sobre sus avances por línea estratégica.

¿El PAS-SALUD ha resultado un instrumento útil para la planificación estratégico-operativa del contenido sectorial en salud en la AECID?

C.1. La coherencia y la relevancia del diseño del PAS-SALUD no han asegurado la utilidad e influencia del instrumento en la planificación estratégico-operativa en salud. La limitada capacidad operativa de su diseño y diversos factores inhibidores han incidido en el déficit de ejecución de la LE-3, debilitando con ello el posible potencial del instrumento para influir en la planificación.

El diseño del PAS-SALUD es coherente con el marco rector de la Cooperación Española en salud y relevante en relación a los resultados y recomendaciones del diagnóstico que le antecedió. Si bien estos aspectos fundamentaban un diseño pertinente para desarrollar la propuesta de enfoque sectorial en salud de la Agencia, no han sido suficientes para los retos de su ejecución como instrumento estratégico y a la vez operativo.

La visión sobre la naturaleza del PAS-SALUD es muy variada dentro de la Agencia (instrumento planificador, orientador u organizador de las actuaciones de la

Agencia en salud) lo que ha dificultado contar con una posición única y compartida sobre cómo debería haberse implementado el PAS-SALUD y para qué fines. El diseño del PAS-SALUD responde al propósito de aunar en un mismo instrumento una respuesta a demandas institucionales de diferente naturaleza, y por ello, incluye aspectos estratégicos —estrategia de concentración con visión a largo plazo—, con elementos operativos —orientaciones para actuar en lo concreto y atender necesidades de corto plazo—.

Asimismo, se han identificado distintos elementos del contexto y de la estructura institucional que han funcionado como factores inhibidores de una adecuada implementación del PAS-SALUD. Su LE-3 era instrumental para integrar el contenido sectorial del instrumento en las actuaciones en salud de la Agencia y abordaba en su diseño una propuesta para la resolución de estos factores. Sin embargo, su bajo nivel de ejecución no permitió crear las condiciones institucionales pretendidas, afectando con ello también la capacidad del PAS-SALUD para integrar el enfoque sectorial de salud en las actuaciones, planificación y decisiones de la Agencia. Los pocos avances en la mejora de la coordinación interdepartamental y en la generación de capacidades técnicas sectoriales en la institución han tenido una influencia menor en las decisiones estratégicas dentro del sector.

A lo anterior, se suma el bajo nivel de apropiación del instrumento en sede y la delegación institucional de la implementación del PAS-SALUD en el Área de Salud, aspectos que han hecho que la capacidad de influencia del instrumento en los procesos de planificación sea altamente dependiente de la participación del personal especializado (Área de salud en sede y/o responsables de proyectos y/o programas en las OTCs en terreno).

C.2. La salud tiene una presencia significativa en las planificaciones geográficas. Sin embargo, no es posible atribuir al PAS-SALUD la priorización o tipo de presencia que se identifica en los MAP y la Programación Operativa, siendo otros los factores que cuentan con un mayor peso en este sentido. La principal utilidad del PAS-SALUD se relaciona con su naturaleza orientadora para guiar actuaciones en salud de la AECID una vez se ha acordado la pertinencia de trabajar en el sector.

El PAS-SALUD no es identificado como un instrumento de naturaleza estratégica para la toma de decisiones de las planificaciones geográficas, aunque sí se le reconozca su utilidad como instrumento de apoyo para la planificación, principalmente en terreno, y como instrumento orientador de las actuaciones de la AECID dentro del sector una vez ha sido identificada la pertinencia de trabajar en salud en un programa país. La influencia del instrumento como orientador de las intervenciones en salud se ve potenciada por el acompañamiento sectorial especializado brindado desde sede y/o por la presencia de personal especializado en terreno que asiste a lo largo del proceso de planificación.

Al haber constatado las diversas presencias del sector salud dentro de las planificaciones geográficas y el número y tipologías de actuaciones que se derivan de ello, así como la identificación del PAS-SALUD como un instrumento orientador de la acción en el sector, adquiere una relevancia significativa el rol que pueda jugar el instrumento para asegurar la coherencia sectorial en salud como principio de actuación para la eficacia y calidad de la ayuda de la Agencia en este sector. En este sentido, la eficacia, la calidad y la coherencia en las actuaciones de la Agencia en salud expondrían al sector, como mínimo, a tres retos relevantes y a los que tendría que ofrecer respuestas:

- Cómo abordar la intersectorialidad con el sector salud. En las planificaciones, el sector salud aparece en clara relación con otros sectores, en patrones de intersectorialidad y vinculado a resultados de desarrollo no estrictamente sanitarios. Este hecho deja constancia de la necesidad de actualizar y ampliar el abordaje del trabajo en el sector y del tipo de acompañamiento a las actuaciones en salud para contribuir igualmente a otros objetivos sectoriales no sanitarios y/o a resultados

de desarrollo que trascienden la acción única en salud (sector priorizado).

- Cómo abordar la especificidad del trabajo en salud según conglomerados de países. El sector salud se presenta en países con características y contextos muy diversos para los cuales el PAS-SALUD ha ofrecido un abordaje generalista, que corre el riesgo de no poder optimizar los recursos para ser eficaz. La Cooperación Española en países de América Latina y países de renta media, actualmente los perfiles de países preferentes para la Cooperación Española, está trabajando salud bajo sus respectivos MAP y requiere que se capture sus especificidades para orientar adecuadamente cómo abordar actuaciones en salud en sus contextos nacionales o de acompañar el diálogo sectorial en salud en países que cuentan con elementos estructurales comunes y realidades compartidas, y que les difiere, por ejemplo, de África o de PMA.
- Cómo abordar los enfoques transversales de la Cooperación Española desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud. Aun cuando el PAS-SALUD incorporó en su diseño el enfoque DDS, éste no ha sido operacionalizado para su tratamiento e integración en las planificaciones geográficas. La orientación de las planificaciones hacia resultados de desarrollo y un claro mandato de incorporar los enfoques transversales en las actuaciones de la Cooperación Española, requiere de reflexión y herramientas para vincular estos requerimientos con la propuesta de enfoque que ha manejado el PAS-SALUD para hacerlo operativo, sobre todo, en las prácticas de terreno.

C.3. Se registran avances significativos en las señas de identidad del enfoque sectorial en salud vinculados al direccionamiento de la ayuda alineado con el contenido del PAS-SALUD. La influencia del instrumento en estos avances ha estado limitada en los procesos formales de asignación presupuestaria, pero activa a través de mecanismos informales de consulta y asesoramiento que ha prestando el Área de Salud.

De modo similar a lo ocurrido con la planificación geográfica, el PAS-SALUD ha contado con un margen institucional menor para influir en los procesos formales de asignación presupuestaria e integrar el enfoque sectorial en salud propuesto por el instrumento. La influencia del PAS-SALUD sobre la ayuda de la Agencia

destinada a salud se ha visto debilitada por factores contextuales y por factores estructurales de la institución. La suma de estos factores ha incidido en que la asignación presupuestaria al sector no haya cumplido con los hitos referidos a la distribución y canalización de la ayuda que se habían propuesto en el PAS-SALUD. Entre los hitos más significativos se encontraba destinar el 80% de la ayuda a la LE-1 o alcanzar que el 60% del total de la ayuda al sector fuera canalizada a través del apoyo presupuestario; hitos que, por otro lado, se consideran irrealistas tanto por la línea de base de donde partían, como por la envergadura de los arreglos y compromisos institucionales que hubieran requerido. Además, la reducción de la AOD española y la corta vigencia del PAS-SALUD para poder apreciar cambios, dificulta confirmar variaciones en las tendencias de asignación presupuestaria y nuevos patrones de concentración que puedan ser atribuidos al PAS-SALUD.

Sin embargo, sí se han identificado varios patrones de concentración que, por acercarse al contenido del instrumento sobre dónde y cómo canalizar la ayuda, pueden mostrar una significativa contribución del PAS-SALUD a la mejora de la eficacia y la calidad de la ayuda al sector durante su vigencia. A través de mecanismos informales de consulta y asesoramiento demandados *ad hoc* al Área de Salud, el PAS-SALUD ha podido dejar una huella reconocible en cómo y a dónde se ha distribuido la ayuda de la Agencia en salud. A excepción del trabajo con el Departamento de ONGD, la influencia del PAS-SALUD en estos casos se habría producido principalmente a través de mecanismos informales de consulta y de trabajo en torno al sector. Este aspecto influiría en la sostenibilidad de estas tendencias identificadas.

El conjunto de los patrones permite concluir que la influencia del PAS-SALUD en la asignación presupuestaria se concreta en tres elementos claves de su propuesta: i) priorizar el fortalecimiento institucional de los sistemas nacionales de salud (LE-1) y una mayor incidencia para integrar los programas prioritarios (LE-2) en estos sistemas; ii) orientar la ayuda al sector a través de instrumentos consecuentes y sinérgicos con el objetivo de fortalecer los sistemas nacionales de salud; y iii) potenciar la canalización de la ayuda a través de los socios estratégicos especializados dentro del sector a diferentes niveles.

¿El PAS-SALUD ha resultado un instrumento útil para fortalecer los procesos de coordinación en salud con actores socios para el desarrollo?

C.4. El PAS-SALUD por sí solo ha sido insuficiente para promover una mayor coordinación en salud en la AECID, afectando igualmente a la posibilidad de transversalizar salud en las actuaciones de la Agencia. Se aprecian diferencias significativas en la coordinación institucional dependiendo del grado de especialización en salud de los actores.

La puesta en marcha del enfoque sectorial en salud requería de una coordinación efectiva en la institución y de la AECID con otros actores sectoriales. El principal instrumento propuesto por el PAS-SALUD para promoverla —los protocolos—, no se han desarrollado como se contempló en la LE-3. El intercambio que se produce con las distintas unidades de la Agencia sobre temas vinculados a salud, la frecuencia del intercambio y el tipo de asesoramiento prestado por el Área de Salud, no han dado paso a una formalización de los canales de comunicación, coordinación y colaboración interdepartamental. Faltando estos canales y procedimientos formales que establezcan el cómo, el cuándo y el para qué de la relación entre actores, la coordinación se vuelve una acción voluntarista. El apoyo y asesoramiento sectorial a las distintas unidades se realiza por canales informales, con independencia del monto de la intervención o de su calado político.

Asimismo, la coordinación interinstitucional era un requisito para la transversalización gradual del enfoque sectorial en salud dentro de la estructura matricial de la organización. Para ello, también los protocolos y mecanismos formales de coordinación, junto al desarrollo de capacidades técnicas, eran concebidos como herramientas facilitadoras. Al no implementarse estas herramientas, la propuesta de transversalización de la salud se vio afectada en igual medida. En el diseño del PAS-SALUD no se dimensionó adecuadamente el alcance de implementar nuevos protocolos entre las unidades de la Agencia, restando importancia al tipo de cambios institucionales que se requieren para poder establecerlos, y al hecho de estar sujetos a decisiones institucionales que trascienden el área de influencia del PAS-SALUD. El establecimiento e implementación de protocolos de trabajo entre unidades requiere de cambios institucionales que solo pueden ser abordados por las jerarquías directivas de la Agencia.

Por otro lado, para la coordinación con actores no especializados en salud, como son otras unidades de AECID o las propias Áreas Sectoriales del Departamento de Cooperación Sectorial, ha faltado consensuar intereses y objetivos comunes en torno al enfoque sectorial en salud que ha hecho de la coordinación una acción compleja. Los procesos de coordinación se ven afectados: (i) por la relativa informalidad en la que transcurren los intercambios entre las Áreas Sectoriales y el resto de las unidades de la Agencia, (ii) por una comprensión desigual sobre el aporte (valor añadido) del enfoque sectorial a las actuaciones de la Agencia más allá de la identificación del sector, y (iii) por un asesoramiento sectorial que se realiza ad hoc y que resulta difícil de planificar por realizarse bajo criterio de urgencia y demanda. Al PAS-SALUD le han afectado estas circunstancias y sólo ha sido capaz de abordar estas limitaciones cuando ha facilitado herramientas concretas y procedimientos de trabajo con otras unidades o sectores.

En el caso de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, como actor especializado, ésta ha sido un espacio horizontal para la gestión del conocimiento que ha funcionado sin corsés institucionales y aportado un valor agregado a la Agencia mejorando la fluidez de la coordinación entre sede y terreno. La vinculación de su PACRES a los contenidos del PAS-SALUD ha llevado a que sus propuestas de trabajo fueran más funcionales y coherentes con el enfoque sectorial en salud propuesto por el instrumento. Sin embargo, su debilidad interna en términos de especialización sectorial y la informalidad y voluntarismo a la hora de incorporar sus insumos en la construcción de la toma de decisiones, refleja tanto la necesidad del fortalecimiento de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID como de establecer cauces más formales de participación en procesos clave de la Agencia.

C.5. El PAS-SALUD ha sido un instrumento facilitador de la coordinación con otros actores sectoriales en la medida que existían previamente objetivos y enfoques de trabajo compartidos.

El PAS-SALUD ha proporcionado a la Agencia una posición sectorial en salud definida, identificable y coherente con el marco rector nacional y alineado con el marco doctrinal internacional en materia de salud y cooperación. Este alineamiento ha sido un elemento que ha promovido espacios y relaciones de coordinación e intercambio con otros socios sectoriales referidos

a temáticas que también les convocan a todos ellos. Esta posición institucional previamente definida, al ser avalada por la institución, ha permitido a la AECID generar alianzas de trabajo y colaboración con actores del ámbito internacional, y en el tiempo de vigencia de la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española, también espacios de relación y de trabajo con actores especializados en salud. Si bien el PAS-SALUD ha proporcionado a la AECID una base importante sobre la que fundamentar los elementos en torno a los cuales coordinarse o desarrollar relaciones e intercambios entre los socios del sector, los espacios de coordinación con socios especializados en salud (nacionales e internacionales) han tenido una vida independiente al PAS-SALUD y una agenda externa al instrumento, pero con vinculaciones necesarias debido al hecho de compartir enfoques y objetivos.

- En el caso de la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española, el PAS-SALUD no fue el artífice de conformación ni ha orientado su trabajo. Sin embargo, el PAS-SALUD y la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española han mantenido una estructura de trabajo dentro del enfoque de Salud Global y ha sido en el marco de la implementación del PAS-SALUD donde la AECID ha promovido este instrumento como un espacio de discusión no vinculante para impulsar el conocimiento de actores, la coordinación e implementación de la agenda de calidad de la AOD en salud.
- La coordinación entre el Área de Salud de la AECID y la División de Salud de la SGCID ha mejorado para proporcionar una posición conjunta como Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación en los espacios de coordinación con otras instancias de la AGE y en foros de alto nivel en salud. El PAS-SALUD es el referente de la AECID en la construcción de estas posiciones. Cuando los espacios son coordinados por terceros, como es el caso de la coordinación con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la MIMAS, se minimizan los conflictos competenciales que se dan en la práctica cotidiana entre estas unidades. La coordinación no siempre es fluida y se dificulta por la falta de definición de funciones y competencias entre unidades de similar rango institucional cuando los objetivos y fines están faltos de una mayor definición.
- A nivel internacional, el contenido y los enfoques de trabajo que basan y fundamentan el PAS-SALUD han permitido ubicar a la AECID entre los actores

que promueven de modo consistente una posición y un discurso técnico alineado con la agenda actual internacional referente en el sector. El PAS-SALUD se diseñó alineado con el marco doctrinal y los consensos internacionales de trabajo referidos al sector, un marco de actuación que define la posición de la AECID y la propuesta de trabajo que el PAS-SALUD busca promover. Esta alineación ha supuesto un valor agregado del instrumento, permitiendo por primera vez que la AECID pueda mantener un diálogo técnico desde una posición institucional con otros actores sectoriales, aportando criterios para la armonización con otros actores internacionales y que haya una coherencia entre la posición de la Agencia y sus propuestas de actuación.

El valor agregado del instrumento en los espacios de coordinación con socios sectoriales estribaría en haber permitido a la AECID mantener un diálogo político y técnico propositivo con otros actores especializados en salud, desde el aval que proporciona contar con una posición institucional legitimada que, en la medida que mantenga su coherencia con la misma, permite influir procesos estratégicos de trabajo conjunto y la articulación con otros sobre propuestas de actuación conjunta.

¿Cuáles han sido los logros y las limitaciones en la implementación del PAS-SALUD?

C.6. Se registran avances en las Líneas Estratégicas 1 y 2 vinculados al avance del enfoque sectorial en salud de la Agencia y que tienen como referencia las señas de identidad recogidas en el diseño del PAS-SALUD. Estos avances mostrarían que, en la medida en que los condicionantes institucionales y de contexto lo han permitido, el instrumento ha contribuido a la mejora de la eficacia y la calidad de la ayuda al sector durante su vigencia.

- La ayuda en salud de la Agencia se destina prioritariamente al fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos, siendo ésta la principal seña de identidad del enfoque sectorial en salud de la AECID. Este compromiso de apoyo al sector, al estar presente en el discurso institucional de la Agencia y de su personal, podrían indicar un proceso de cambio en la manera de cómo entender las actuaciones en salud. En coherencia

con ello, el apoyo financiero directo a los programas priorizados (LE-2) se ha ido reduciendo anualmente para atender el apoyo a estos programas dentro de los sistemas de salud nacionales. Asimismo, Se ha fortalecido el enfoque IHP+ como marco teórico de aproximación al sector para el fortalecimiento de los sistemas de salud y de la mejora de la eficacia y la calidad de la ayuda al sector.

- El contexto de crisis económica no ha asegurado un incremento de la ayuda destinada a salud, pero sí se identifican avances con el propósito de asegurar una mayor previsibilidad de la AOD en salud de la Agencia para mejorar el impacto de las actuaciones de socios estratégicos. Para ello se han priorizado aquellos instrumentos que ofrecían una mayor estabilidad y calidad en la financiación de actuaciones. Las contribuciones generales a los OMUDE, los convenios a ONGD y el apoyo presupuestario a los países socios son los instrumentos que mayor estabilidad e impacto potencial ofrecen al sector, así como los instrumentos más proclives a permitir una relación estratégica con los socios relevantes del sector.
- La fragmentación de la ayuda al sector sigue presente, pero se identifica una mayor concentración de la ayuda en relación a los datos aportados por el Diagnóstico. Existe una mayor concentración: (i) en socios especializados en salud, (ii) en instrumentos que garantizan una mayor previsibilidad para planificar con visión estratégica, y (iii) en países que han mostrado su compromiso con la eficacia de la ayuda al sector.
- La orientación geográfica que realizaba el PAS-SALUD con la definición de un listado de países, si bien no se puede afirmar que ha servido para la priorización del sector en estos países, sí se observa una correspondencia, estando 11 de los 16 países en los que se ha decidido trabajar en el sector en este listado.
- En términos del fortalecimiento de la capacidad técnica, se ha reforzado el papel de la AECID como actor en salud global, con una participación activa y significativa de la Agencia en foros y debates internacionales. La institución es reconocida como un actor propositivo y relevante en la elaboración de la Política Europea en Salud Global, como un miembro activo en la coordinación con otros EEMM y con una posición afín a la generación de alianzas estratégicas con otros donantes y países miembros de la UE. En general, se identifica un incremento en la

contribución al diálogo técnico y de políticas de la Agencia en foros y debates internacionales en torno a la salud, con esfuerzos valorados positivamente por vincular y enriquecer este diálogo con la experiencia ejecutora de la Agencia.

- En el marco del PAS-SALUD, y a través de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, se ha podido articular la experiencia ejecutora en terreno de la implementación de iniciativas multilaterales para alimentar la posición que mantiene la Agencia en los órganos de gobernanza de estas iniciativas. La AECID ha podido basar y sustentar su posición técnica y política en la ejecución real de la ayuda multilateral gracias a la participación y los insumos del personal técnico de las oficinas en terreno. Se identifican avances relevantes en la capitalización del conocimiento en terreno para nutrir la toma de decisiones y posiciones en iniciativas globales y el ámbito internacional.
- Por otro lado, aunque han existido significativos hitos de trabajo en la LE-3, su desarrollo mínimo y no sistemático ha restado velocidad de avance a las restantes LE por no haberse logrado fortalecer las capacidades institucionales para integrar el enfoque sectorial en las actuaciones de la Agencia del modo anticipado en el diseño del PAS-SALUD. Las señas de identidad vinculadas directamente a esta LE no han sido alcanzadas: refuerzo de las capacidades técnicas y especialización de los recursos humanos, así como la inversión en mejorar las aptitudes en el diálogo de políticas en el sector a nivel de terreno con los países socios sigue estando pendiente.

C.7. La limitada ejecución de la LE-3 compromete la sostenibilidad de los avances alcanzados por el PAS-SALUD dado que se ha visto afectada la línea instrumental diseñada para el fortalecimiento de las condiciones institucionales de la Agencia, y posibilitar el desarrollo y consolidación del enfoque sectorial en salud de la AECID.

El diseño del PAS-SALUD, a partir de las acciones prioritarias recogidas bajo la LE-3, tenía entre sus principales propósitos: (i) fortalecer elementos de la estructura institucional que resultaban consustanciales para la integración del enfoque sectorial en salud de la Agencia y (ii) llevar a cabo una propuesta de concentración en el sector en función de ese enfoque. Sin embargo, la baja ejecución de la LE-3 en aspectos clave identificados en el PAS-SALUD para ese propósito

se considera uno de los principales limitantes en la implementación del PAS-SALUD y que ha supuesto un importante déficit para dotar de mayor calado y sostenibilidad al cambio institucional que pretendía el instrumento.

- El diseño del PAS-SALUD se ajustó a la estructura institucional, que ambicionaba fortalecer durante su implementación, y no a las posibilidades reales que finalmente ofreció el cambio de contexto ocurrido durante su implementación. Hubo un desajuste entre lo planificado y las posibilidades que finalmente ofrecía la estructura y el contexto donde se desarrolló la implementación. Este desajuste fue absorbido por el Área de Salud en quien la institución delegó la ejecución del instrumento y el impulso del enfoque sectorial en salud dentro de la organización.
- La total delegación institucional de la implementación del PAS-SALUD en el Área de Salud es un factor limitante de la sostenibilidad de los avances a los que el instrumento ha contribuido. Esto es debido a: (i) la baja apropiación del PAS-SALUD en la Agencia, (ii) la falta de recursos económicos destinados al fortalecimiento institucional de la Agencia en materia sectorial, y (iii) el déficit en el desarrollo de elementos estructurales básicos para avanzar hacia las metas previstas por el PAS-SALUD y hacia la consolidación del enfoque sectorial: generación de capacidades, protocolos de coordinación y articulación para la coherencia del enfoque sectorial, gestión del conocimiento y seguimiento del PAS-SALUD vinculado a la rendición de cuentas de la organización.
- Los déficits identificados en la estructura institucional para la implementación del PAS-SALUD son coincidentes con los elementos identificados por otras jefaturas sectoriales como factores limitantes de la implementación de los restantes PAS y con aquellos aspectos que inciden en el grado de sostenibilidad de los avances logrados en este periodo. Esta coincidencia señala cuáles son los elementos que deben fortalecerse en la institución para no retroceder sobre lo avanzado y optimizar los recursos existentes para apoyar la consolidación del enfoque sectorial en la Agencia y donde el fortalecimiento de las capacidades técnicas e institucionales tendrían un claro espacio.

Desde una mirada de conjunto, el PAS-SALUD presenta debilidades en la estructura básica institucional

que requería para movilizar la propuesta de enfoque sectorial contenido en el instrumento, condicionando actualmente la sostenibilidad de sus avances. Los déficit más significativos se encuentran a: i) nivel de insumos: capacidades técnicas, recursos financieros previsibles, protocolos, un sistema de información fiable y tiempo de calidad para invertir en el trabajo estratégico; ii) a nivel de *proceso*: mejora de la coordinación con otras unidades, un seguimiento adecuado sujeto a rendición de cuentas institucional y una gestión del conocimiento que permita capitalizar la experiencia y el conocimiento de los actores sectoriales.

4.2. Lecciones aprendidas

L.1. Los instrumentos de planificación sectorial requieren de un trabajo institucional paralelo que lleve a ampliar la comprensión de lo “sectorial” en su aporte potencial a la eficacia y la calidad de la ayuda, así como a resultados de desarrollo no necesariamente vinculados a un determinado sector.

A nivel estructural-institucional existe una incompreensión del PAS como instrumento y del enfoque sectorial como estrategia para la mejora de la calidad y la eficacia de la ayuda que proporciona la Agencia. En este sentido existiría un trabajo pendiente para ampliar la comprensión de lo “sectorial” y generar capacidades técnicas para abordaje y la apropiación del enfoque sectorial. De no hacerlo así, se dificultará cualquier propuesta en la línea que venía proponiendo el PAS-SALUD: fortalecer el enfoque sectorial y su integración en las actuaciones de la Agencia.

Esta circunstancia es actualmente evidente en la AECID: en estos momento cuando (i) la mayoría de los MAP ya están firmados y establecido los resultados de desarrollo hacia los que se orientarán en los próximos años; (ii) la Programación Operativa de la Agencia no prioriza sectores sino que arranca desde lo ya establecido en el MAP; y; (iii) el IV Plan Director ya no se organiza bajo una estructura sectorial sino por resultados de desarrollo y dentro de un enfoque GpRD, la pertinencia del PAS pierde claridad y no se identifica nítidamente cuál es el valor agregado que supone este tipo de instrumento para el marco de actuación de la AECID

La equivalencia entre el enfoque sectorial y la idea de “sector”, del PAS con un instrumento cuyo único aporte

es orientar la concentración *sectorial* o promover que se priorice un sector por encima de otro es un limitante que condiciona el potencial de uso y la posible continuidad de este instrumento

L.2. Los instrumentos de planificación, en ausencia de seguimiento y de un ejercicio de rendición de cuentas vinculado al mismo, ponen en riesgo (i) la adecuada implementación del instrumento, (ii) la capacidad de aprendizaje, adaptación y reorientación durante la ejecución, y (iii) la calidad del propio instrumento para contribuir a su propia ejecución.

El seguimiento periódico es consustancial al enfoque GpRD para validar lógicas de intervención y suministrar información para, si fuera el caso, reorientar actuaciones durante el periodo de ejecución restante. El seguimiento facilita la transparencia y una mejor rendición de cuentas sobre lo acontecido, y contribuye con ello a incrementar la eficacia y la calidad de la ayuda. El seguimiento de la gestión y el desempeño de un instrumento de planificación como era el PAS-SALUD no puede ser opcional si existe una apuesta institucional por el mismo. En este sentido, es importante resaltar la importancia de contar con sistemas de información homogéneos y de calidad.

Por otro lado, la rendición de cuentas y el aprendizaje son dos caras de la misma moneda. La débil rendición de cuentas sobre el PAS-SALUD afecta a la capacidad de aprendizaje y a la calidad de la ejecución de las intervenciones, ambas desincentivadas porque hasta cierto punto la débil rendición de cuentas informa sobre el lugar que puede ocupar el PAS-SALUD y su implementación dentro de la agenda de prioridades de la institución.

Un posible PAS-SALUD actualizado, por la vinculación del enfoque sectorial a la eficacia y la calidad de la ayuda de la Agencia en el sector, debe quedar igualmente sujeto a seguimiento de su gestión y desempeño, así como a la rendición de cuentas hacia la institución y la ciudadanía.

L.3. El potencial de la articulación sede-terreno a través de las redes sectoriales podría ser optimizado para otras temáticas y procesos de toma de decisión dirigidos o en los que participa la Agencia. Esta articulación enriquece la posición de la Agencia y el proceso de toma de decisiones desde

conocimientos distintos, pero complementarios, a los aportados desde la sede.

La experiencia de trabajo de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID en relación a las Iniciativas Globales y Regionales aportando insumos desde terreno a las reflexiones, propuestas y debates que lleva la AECID a los foros internacionales, muestra las posibilidades que se abren a la coordinación entre el personal de terreno y sede. Esto es susceptible de ser aplicado con otros instrumentos para otros temas de agenda y procesos de toma de decisión propios de la Agencia. En estos años, la articulación del trabajo con la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID evidencia que éste es un modo eficaz de trabajar que podría aplicarse a la Agencia en su conjunto y que, paralelamente, tiene el potencial de distinguir los aportes de la AECID de los realizados por otros actores de la cooperación, ya sean nacionales como internacionales.

En general, los mecanismos de coordinación de actores vinculados a la gestión del conocimiento (Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID y Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española) son instrumentos altamente valorados por los actores porque han logrado conectar las dinámicas endógenas de la sede de la Agencia (centro neurálgico de las decisiones y posiciones estratégicas en la ejecución de la ayuda) con el exterior (con quienes participan de esa ejecución y la eficacia de la cooperación en el sector salud). Esta valoración positiva de ambos instrumentos no ha estado asociada a un mayor grado de institucionalización o estabilidad de estos instrumentos.

4.3. Recomendaciones

En este último apartado se presentan las recomendaciones que emanan de los resultados y las conclusiones de la evaluación recogidas en el presente informe. Las recomendaciones parten de la premisa de la existencia de una voluntad política por dar continuidad a los Planes de Actuación Sectorial o, genéricamente, a un instrumento que atienda el enfoque sectorial en salud de la Agencia, en línea con lo reflejado en los TdR de la evaluación¹. Asimismo, e igualmente en base a los TdR y al uso previsto de esta evaluación, las

recomendaciones realizadas, en la medida de lo posible, han considerado la utilidad para la actualización del instrumento, así como para el diseño y la implementación de los restantes PAS.

R.1. Se recomienda el desarrollo de un instrumento orientador de la actuación en salud de la Agencia basado en una posición sectorial institucional definida en coherencia con el marco rector vigente y recogiendo los insumos que se aporten desde el terreno. El instrumento iría dirigido a fortalecer el enfoque sectorial en salud de la Agencia, adaptándose a las condiciones institucionales de la AECID, con una clara orientación operativa y sin pretender abordar diferentes finalidades institucionales en un mismo documento.

Se identifica un claro reconocimiento del valor agregado que supone para el trabajo en salud el contar con una posición sectorial avalada por la institución. Esta posición, si se quiere contribuir a un enfoque sectorial en salud determinado y a una mayor coherencia sectorial, no puede quedar definida por el sumatorio de intereses y actuaciones de los distintos actores que ejecutan ayuda de la Agencia en salud. A partir de la posición política determinada por el IV Plan Director y la Estrategia de Salud, los consensos internacionales sobre la eficacia y la calidad de la ayuda en el sector apoyados por la Cooperación Española, se recomienda que la AECID se dote de un instrumento que operacionalice y contextualice para la realidad de la Agencia toda la complejidad de este marco de referencia. Este instrumento deberá ofrecer orientaciones fundamentadas para implementar este marco de la mejor manera posible dentro de las competencias, ámbitos de actuación y espacios de relación de la Agencia.

El instrumento, al que llamaremos Propuesta de orientación y actuación sectorial en salud (en adelante Propuesta), debería potenciar su carácter operativo y orientador de la actuación de la Agencia en salud en coherencia con la utilidad que le ha sido mayormente reconocida. La Propuesta debería señalar las líneas rojas que la institución no puede sobrepasar en relación al sector y las líneas de avance desde donde construir y contribuir a un mayor impacto en el derecho a la salud. Son especialmente estas últimas las que

¹ Véase Anexo 11 sobre los TdR de la evaluación donde se especifica que: "la AECID se plantea realizar un ejercicio de actualización del mismo (PAS-SALUD), que permita adaptar el nuevo documento a la realidad actual de la salud en la Cooperación Española, y que a la vez responda a las orientaciones del IV Plan Director.

permitirán orientar las decisiones más estratégicas de la Agencia, dando cuenta de la apuesta institucional que debe reflejarse en las diferentes actuaciones sectoriales y sobre las que rendirá cuentas.

La Propuesta deberá contener el posicionamiento institucional del sector en alineamiento con el marco rector vigente y explicitar los elementos definitorios del enfoque sectorial en salud de la Agencia que deben orientar sus actuaciones y toma de decisiones significativas. Sin embargo, no se recomienda diseñar un nuevo instrumento que pretenda dar respuestas a propósitos y requerimientos institucionales de naturaleza diversa ya que finalidades institucionales de diferente naturaleza precisan, para ser eficaces, de abordajes y orientaciones operativas también diferenciadas. Dentro de esta aproximación, la evaluación evidencia dos requerimientos a la institución que no pueden ser cubiertos únicamente por la Propuesta que se elabore: orientar el diálogo de políticas en salud y atender especificidades de actuaciones en salud en países que no son PMA. Para ello, se recomienda:

- Retomar el desarrollo de la Guía del Diálogo de Políticas como instrumento complementario y que se articule con la Propuesta. Esta herramienta se considera clave para el proceso de fortalecimiento del enfoque sectorial en la Agencia y la descentralización para este fin de la dependencia del Área de Salud. Esta herramienta estaría destinada a mejorar la capacidad de diálogo del personal de la AECID para el diálogo de política sectorial con los países socios y otros actores, y constituiría una importante herramienta de apoyo para el acompañamiento de las planificaciones. En este sentido y en el contexto de la Agencia, la guía es una herramienta de especial interés por su aporte a: (i) minimizar el efecto de la falta de especialización de los recursos humanos que trabajan o se vinculan con el sector, dado que el personal sin la formación y experiencia sectorial tiene dificultades para acompañar adecuadamente el proceso de definición de prioridades en salud en el diálogo de políticas con el país; y (ii) fortalecer el diálogo técnico del personal en terreno con el país durante la fase de implementación, contribuyendo a un adecuado tratamiento sectorial de salud.
- Proporcionar una herramienta que, acompañando a la Propuesta, aporte una mayor especificidad en el tratamiento especializado al sector para incrementar el grado de utilidad en diferentes contextos de trabajo y con características compartidas. Con anterioridad,

deberán definirse internamente los niveles y conglomerados que requieren de una mayor especificación. Sin embargo, a este respecto, y a la luz de los resultados de la evaluación, conviene atender la especificidad regional incorporando las agendas regionales y la especificidad proveniente del desafío y la diferenciación que supone trabajar en el sector salud en países PMA y PRM.

Para lograr potenciar la vertiente orientadora y operativa del instrumento y ser funcional al contexto y a las demandas de la Agencia en su conjunto, la Propuesta deberá contar con los insumos que se proporcionen desde el terreno:

- Ahora que los MAP y la Programación Operativa se han sincronizado en la secuencia lógica de planificación, y previo al diseño de la Propuesta, tiene sentido realizar un mapeo sistemático de dónde y cómo (sector priorizado, en asociación y tipología de intervenciones) se presenta el sector salud en las planificaciones y programaciones geográficas. El formato de la Matriz del PAS-SALUD puede ser funcional para este propósito y servir como herramienta inicial para guiar la elaboración de este mapa sectorial en salud. En esta línea, tendrá relevancia para el marco de trabajo futuro del sector poder conocer cuáles son los patrones de intersectorialidad en los que se presenta el sector salud y relacionarlo con las variables mencionadas anteriormente.
- Cualquier actualización o nueva propuesta de instrumento sectorial requiere la participación y los insumos de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID. Un instrumento para la orientación de las actuaciones en sector no puede estar completo ni contar con el debido nivel de apropiación si no participa el personal de la institución que debiera utilizarlo ni tiene en cuenta las necesidades, demandas y propuestas de quienes gestionan la ayuda y coordinan las actuaciones de salud a nivel país.

R.2. Se recomienda el abordaje del fortalecimiento institucional para la integración del enfoque sectorial en salud (LE-3) dentro de una propuesta global, integral, sistemática y con visión de proceso para promover las condiciones institucionales adecuadas para implementar eficazmente el enfoque sectorial en la Agencia.

Las acciones prioritarias de la LE-3 relacionadas con la estructura institucional y la generación de capacidades

para consolidar el enfoque sectorial en salud en la Agencia, atañen en realidad a elementos estructurales de la propia organización, vinculados a la comprensión del enfoque sectorial, las capacidades técnicas sectoriales, la apropiación, la coordinación interna para la coherencia sectorial, etc. Estos aspectos han sido identificados como elementos comunes a todos los PAS. Por ello, se considera oportuno el desarrollo e implementación de un Programa integral para el fortalecimiento del enfoque sectorial (en adelante, Programa) en sentido global que permita abordar, desde una visión sistemática y de proceso, los elementos identificados en esta evaluación como debilidades de la estructura institucional y acciones que quedaron pendientes del anterior ciclo de los PAS-SALUD para así dar cumplimiento mandato a la institución recogido en su Estatuto.

El Programa debería dotarse desde el inicio con un presupuesto previsible a tres o cuatro años que permita planificar adecuadamente las acciones y la secuenciación en la implementación. El impulso y la coordinación de este Programa debería recaer en un unidad que tenga la jerarquía y el conocimiento institucional necesario para llevarla a cabo, una posibilidad viable sería el Departamento de Cooperación Sectorial. Asimismo, el Programa debería dotarse de un sistema de seguimiento para monitorear los avances y constatar el logro de los objetivos planteados sobre los que tendría que rendir cuentas institucionalmente.

Dentro de este Programa se podrían abordar las acciones prioritarias particulares de cada sector, incluido salud, para el fortalecimiento institucional, así como fijar los rasgos característicos que imprime el IV Plan Director y reforzando el énfasis en aspectos específicos ya presentes en los PAS y en trabajo intersectorial. Se propone mantener como ejes de trabajo del Programa los tres componentes que recoge actualmente el PAS-SALUD y que igualmente se pueden encontrar en los restantes, manteniendo así una línea de coherencia y vinculación con el instrumento: calidad, coherencia y gestión integral del conocimiento.

Asimismo, a tenor del actual contexto económico, en el diseño de las acciones dentro del Programa se debería apuntar a optimizar los recursos por la contribución a aquellos espacios y procesos estratégicos para la Agencia que cuentan con una mayor apropiación y están mejor asentados en la organización, independientemente de que *a priori* no se haya contemplado la

relevancia de incorporar el enfoque sectorial. En esta línea se encuentra la programación operativa de la Agencia y su propuesta de seguimiento, o los planes de formación anuales de la institución.

R.3. Se recomienda establecer protocolos de coordinación interdepartamentales e interinstitucionales, así como mecanismos estables que permitan capitalizar institucionalmente la experiencia y conocimiento sectorial presente en la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID y la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española.

Si bien no pueden someterse todas las relaciones e intercambios a protocolos estandarizados y ni es deseable, dado el papel fundamental que desempeñan los canales informales en el funcionamiento de una organización; promover el fortalecimiento del enfoque sectorial en salud y la coherencia en las actuaciones del sector requiere de protocolos y acciones coordinación a varios niveles.

Bajo el principio general de funcionamiento donde la unidad responsable del presupuesto —en AECID u otra entidad— es la que coordina las aportaciones del resto de unidades implicadas (información técnica, acompañamiento, valoración, etc.), y es también la que toma la decisión final de aprobación de las intervenciones, es necesario definir dónde, cuándo y para qué el Área de Salud (Áreas Sectoriales) contribuyen al proceso de construcción de las decisiones sobre las intervenciones y posiciones institucionales, en este último caso, aportando criterios técnicos que se sumen a posiciones políticas que acuerda la Agencia con otros actores de la cooperación. Para ello, algunos protocolos vinculantes pueden ayudar a construir decisiones más colegiadas e institucionales, a delimitar campos de actuación y roles concretos de las distintas unidades, anticipándose a posibles conflictos competenciales y contribuyendo a una mayor eficacia en los procesos decisorios. Entre los pasos y los protocolos de coordinación que deben ser atendidos se encuentran:

- Identificar y definir sobre qué procesos y tipo de intervenciones significativas (por el presupuesto, la implicación política, el tipo de actores o coordinaciones, etc.) se requiere incorporar el enfoque sectorial en salud, promoviendo protocolos viables de coordinación que mitiguen el dejar abierto al voluntarismo y a la discrecionalidad cuándo el Área de Salud, o

cualquier otra Área Sectorial, debe participar en las mismas. Uno de los protocolos necesarios a este nivel sería el del acompañamiento a las OTC para los procesos MAP y Programación Operativa que sean utilizados en las planificaciones y programaciones geográficas que se darán en el periodo 2014-2017.

- Establecer vías y mecanismos más formalizados para la participación de la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID en temas sectoriales de importancia estratégica por su contenido o el volumen de fondos, para poder capitalizar el conocimiento en terreno también en sede y en los procesos clave de la Agencia, de modo similar a como está sucediendo en las iniciativas globales y programas regionales. Se recomienda institucionalizar la Red de Expertos Sectoriales en Salud de la AECID, dotándole de un espacio estable y legitimado dentro de la organización, pudiendo incluso formalizarse mediante resolución, como ocurrió con el GTEC. Esta iniciativa no debería influir ni en el cambio de los objetivos con los que se creó o variar su carácter horizontal, sino que implicaría un reconocimiento que favorecería que su fortalecimiento fuera parte de un proyecto institucional.

Dentro de la coordinación interinstitucional se recomienda:

- Definir formalmente las funciones en temas sectoriales de la DCMSyF y la SGCID, estableciendo roles y procedimientos de trabajo conjunto que eviten solapamientos y disfuncionalidades entre ambas instituciones y mejore la coordinación en salud. Tras esta definición, identificar y definir sobre qué procesos y tipo de intervenciones significativas se requieren para protocolizar la relación y el intercambio.
- Convocar formalmente la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española con los socios estratégicos en salud de la AECID. Definir conjuntamente con estos actores las pautas de funcionamiento y participación de las mesas para que, sin perder su carácter horizontal y abierto, se doten de una mayor institucionalización y capacidad para poder mitigar los efectos de los cambios en el contexto político y las debilidades de la estructura. Se recomienda retomar la convocatoria de la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española y dotarla de periodicidad y una mayor formalidad para optimizar el valor agregado del instrumento para la gestión del conocimiento sobre la ejecución de la ayuda en el sector.

El conjunto de estas recomendaciones sobre la elaboración de protocolos estandarizados debería quedar recogida como parte del Programa, dado que requiere de decisiones políticas a nivel directivo y un nivel de negociación y acuerdo que trasciende las competencias y el nivel de influencia del Área de Salud y las restantes Áreas Sectoriales de la AECID. Se reconoce que el establecimiento de estos protocolos no es un tema menor, sino que incide en un cambio organizacional que implica integrar el enfoque sectorial como parte de la propuesta de la mejora de la calidad de la ayuda de la Agencia y requiere fortalecer la comprensión y el liderazgo político para que esto pueda darse. Para el desarrollo de estos protocolos no se parte de cero: la Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad ya desarrolló una primera propuesta para este mismo objetivo ("Proyecto de Cambio") que puede ser un punto de arranque muy válido.

R.4 Se recomienda el desarrollo de capacidades técnicas y la actualización del personal para mejorar su especialización y desempeño en el manejo del enfoque sectorial en salud. Esta recomendación debería quedar contenida en diseño e implementación de una Estrategia institucional que abordara el desarrollo de capacidades institucionales sectoriales de manera más integral.

Dada la relativa novedad que supone en la Agencia la comprensión del enfoque y el tratamiento sectorial, así como el actual modelo de gestión del personal, y la complejidad y diversidad de los procesos de desarrollo, se considera necesario asegurar una formación y especialización adecuada para mejorar los perfiles profesionales de la Agencia (sede y terreno) y dar respuestas a las múltiples demandas que surgen al respecto del tratamiento sectorial especializado y al diálogo técnico y de política vinculado a los sectores.

Los desafíos formativos son distintos en función de los propósitos perseguidos y las audiencias destinatarias, por este motivo se recomienda atender las siguientes consideraciones prácticas:

- Sobre las audiencias; se debe considerar no sólo a neófitos/as, sino también la necesidad de apuntar hacia perfiles de especialización de sus profesionales técnicos.
- Sobre el contenido; junto a elementos más básicos, aproximaciones conceptuales y uso de herramientas,

deben levantarse las necesidades formativas de los perfiles más técnicos.

- Sobre la oferta formativa; ésta debe ser diversa permitiendo combinar distintos instrumentos, no únicamente cursos de formación (encuentros sectoriales, alianzas con centros de estudios especializados, universidades y OMUDE, etc.), la propuesta de un paquete básico sectorial o un curso de introducción debe ser seriamente considerado como punto de partida.

Una estrategia de estas características no podría considerarse una simple agregación de cursos, sino que debería pensarse como un conjunto de acciones organizadas con visión de proceso y que permitiera establecer ese lenguaje compartido en lo sectorial que facilite trabajar más coordinadamente hacia fines comunes con mayor calidad y eficacia.

La elaboración y puesta en marcha de propuestas de desarrollo de capacidades, actualización y especialización sectorial debería contar con el personal experto de las OTC que se encuentran en las Redes de Expertos. Para ello, es necesario identificar la oferta de las capacidades sectoriales que posee el personal y articularlas con demandas y necesidades de la institución, no solo en formación bajo el formato tradicional de cursos, sino incorporando a la oferta pasantías en OTC o asistencias técnicas a procesos o actuaciones sectoriales.

R.5. Se recomienda el seguimiento de la gestión y el desempeño del instrumento actualizado (Propuesta) bajo una metodología que se armonice con el sistema de seguimiento institucional y permita alimentar la propuesta de seguimiento global propuesta en el IV Plan Director.

Los aprendizajes que la falta de seguimiento del PAS-SALUD ha dejado y el requisito en la aplicación del enfoque GpRD de realizar un seguimiento periódico de todo tipo de actuaciones, exigen que el nuevo instrumento esté dotado de una propuesta de seguimiento de su gestión y desempeño. Este seguimiento deberá ser compatible y armonizarse con la propuesta que se maneja actualmente en la Agencia, un sistema de seguimiento institucional directivo vinculado a su programación operativa y desarrollada bajo un enfoque de GpRD.

Se recomienda el seguimiento del nuevo instrumento a dos escalas para que, manteniendo una línea de

coherencia con el IV Plan Director, pueda dar respuesta a dos objetivos de seguimiento diferenciados:

- Bajo la responsabilidad del Área de Salud, se propone una primera escala de seguimiento correspondiente a un marco de revisión anual, que permita monitorear la implementación del instrumento sectorial en aspectos particulares de la propuesta, considerados fundamentales y prioritarios para ir reflejando el avance en la Agencia del enfoque sectorial en salud. Este ejercicio se destinaría a registrar datos que permitan identificar puntos de avance y elementos críticos en la evolución del enfoque, así como nutrir ejercicios de reflexión institucional a este respecto.
- En este nivel se realizaría un seguimiento de: i) los cambios en las capacidades y recursos en la AECID (sede y terreno) necesarios para lograr resultados de gestión y que pueden incluir, entre otros, aspectos referidos a iniciativas de formación, política de recursos humanos, previsibilidad presupuestaria en el Departamento de Cooperación Sectorial, etc.; ii) los resultados de gestión a lo interno de la Agencia que contribuyen al fortalecimiento e integración del enfoque sectorial en la institución (coordinaciones que materialicen actuaciones o posiciones conjuntas, protocolos establecidos, clima institucional, etc.) y que redundan en una mayor eficacia y calidad de la cooperación en el sector.

La revisión anual del nuevo instrumento podría capitalizarse como parte del sistema de gestión del conocimiento de la institución y contribuir a la construcción de decisiones para mejorar la eficacia y la calidad de la Agencia en el sector salud.

- En una segunda escala, y armonizado con el sistema de seguimiento institucional de la Programación Operativa, actualmente en desarrollo por la Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad, se realizaría un seguimiento de los productos atribuibles a las distintas intervenciones de la AECID, y que contribuyen al logro de los resultados identificados en las planificaciones geográficas. La periodicidad y el tipo de seguimiento debe armonizarse con la metodología y el sistema de seguimiento impulsado desde la Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad.

Completados los MAP y con una Programación Operativa que concreta los productos que contribuyen a los resultados de desarrollo del nivel estratégico, este nivel de seguimiento debería igualmente informar a nivel del desempeño de un determinado sector en un país dado.

5 Anexo 1. Procesos de planificación que influyen en salud en AECID

Documento de Planificación	Órgano Responsable	Fecha Periodicidad	Descripción
Estrategia Sectorial Salud (ES-S)	SECI/SGCID (ex DGPOLDE)	2007	<ul style="list-style-type: none"> Marco de referencia de la CE para la eficacia y calidad de la ayuda en salud. Aborda la salud como un derecho, en relación con los determinantes de la salud, la lucha contra la pobreza e incluyendo los desafíos de la globalización que afectan a la salud Su contenido estratégico sectorial debe plasmarse en los restantes procesos y productos de planificación que afecten al sector Salud
Plan Director de la Cooperación Española (PD)	SECI	2009-2012 2013-2016	<ul style="list-style-type: none"> Plan cuatrienal que determina las líneas estratégicas de la CE, sus objetivos, los instrumentos y los canales adecuados para asegurar los resultados de desarrollo. El contenido sectorial de la ES-S se plasma en ellos y difiere en énfasis y tratamientos al sector.
Contrato de Gestión de la AECID	AECID	(1) 2009-2010 (2) 2013-2016 (2º Pendiente de aprobación)	<ul style="list-style-type: none"> Es el instrumento de planificación estratégica que recoge los compromisos que la AECID asume para avanzar hacia los objetivos que pretende alcanzar, así como "los medios que precisa para su consecución, los efectos asociados al grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y los mecanismos que permiten la exigencia de responsabilidad en caso de incumplimiento". El contenido sectorial se vincula a lo comprometido en PD y afecta a las planificaciones de la Agencia (PO y PAS).
Plan Estratégico de la AECID	AECID	2014-2017	<ul style="list-style-type: none"> Es la base del II Contrato y es un instrumento clave para "lograr la incorporación de una cultura de planificación institucional como Agencia, permitiendo " orientar la actuación de la AECID hacia objetivos comunes y compartidos y medir el desempeño de la organización" El contenido sectorial se vincula a lo comprometido en PD y afecta a las planificaciones de la Agencia (PO y PAS).
Plan de Actuación Sectorial (PAS)	DCSyF AECID	2011-2013	<ul style="list-style-type: none"> Son instrumentos de la planificación estratégica por sectores de la AECID que, en su conjunto, ofrecen una propuesta sectorial para aumentar la calidad y la eficacia de la Agencia en la reducción de la pobreza, mejorando la coherencia entre el plano estratégico de la Cooperación Española (III Plan Director, Estrategias Sectoriales) y el plano operativo de la AECID. Los PAS deben atender al PD, Plan Estratégico de la AECID y Contrato de Gestión. Alimenta al resto de procesos de planificación y programación de la AECID, esto es, los Marcos de Asociación y la Programación Operativa. Se vincularon en su inicio al III PD y siguen presentes en el IV PD para la definición de líneas de actuación.

Documento de Planificación	Órgano Responsable	Fecha Periodicidad	Descripción
Marcos de Asociación País (MAP)	SECI/SGCID AECID	Desde 2010 Preferiblemente cuatrienal	<ul style="list-style-type: none"> El MAP es el documento marco de planificación estratégica de la CE a escala país y, como tal, referente para el desarrollo de los restantes instrumentos de planificación de carácter geográfico, para la puesta en marcha de las actuaciones vinculadas a la Agencia de la Eficacia y Calidad, y para el despliegue del programa de cooperación con el país socio. Se elabora desde el diálogo de políticas entre la CE y el país socio. La CE tiene posición sectorial definida por el PD y la ES-S, la AECID la operativización de ambos que se da el PAS-S. Se han firmado 16 MAP y en 11 hay presencia de salud: i) Priorización salud (4) salud como sector asociado (3), salud como área de intervención (4). Se espera su priorización en 5 MAP en el 2014
Programación Operativa	AECID	Preferiblemente Bianual	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio de programación por GpRD de la Agencia que parte de los resultados de desarrollo acordados con el país socio y refrendados en el MAP, y que identifica los productos, intervenciones, recursos, así como define los procesos necesarios para que AECID contribuya, acorde con su realidad y posibilidad, al logro de los RD establecidos. Es una programación geográfica que integra la planificación sectorial (PAS) e instrumental El contenido sectorial en salud debe mostrar coherencias con el PAS-S (este hace operativo la posición sectorial definida por el PD y la ES-S) 15 países han priorizado salud en alguno de sus ejercicio PO
Plan Anual de Cooperación Internacional Española ¹ (PACI)	SGCID (ex DGPOLDE)	Anual ²	<ul style="list-style-type: none"> Planificación presupuestaria anual de todos los actores de la CE en sus diferentes campos, áreas e instrumentos en seguimiento del PD. Según la ley, los PACI deben concretar anualmente las previsiones estratégicas del Plan Director, lo que debería suponer el cruce y concreción de los Planes país (MAP), las estrategias geográficas, el presupuesto y la instrumentación de la ayuda.
Estrategia Multilateral de la Cooperación Española	SGCID (ex DGPOLDE)	2008	<ul style="list-style-type: none"> Marco de referencia de la CE para la eficacia y calidad de la ayuda en su acción multilateral que establece las bases, los fundamentos doctrinales, las líneas de trabajo en este ámbito. Se promueve un nuevo multilateralismo, más estratégico, incluyente, eficaz y democrático; la financiación se orienta hacia los OМУDES con legitimidad y mandatos para promover y gestionar bienes públicos globales y se apuesta por consolidar la posición española en foros multilaterales Relevante por la dimensión de ayuda multilateral canalizada al sector vía multilateral
Marcos de Asociación Estratégica con OOII (MAE)	SECI/SGCID	Desde 2009	<ul style="list-style-type: none"> Son documentos de acuerdo entre la CE y OМУDES estratégicos que recogen la planificación y orientación hacia resultados de la acción multilateral española a través del alineamiento. Representaron un esfuerzo de previsibilidad, selectividad y concentración según lo establecido en el Estrategia Multilateral de la CE. Se vincula al PD vigente Los MAE con UNFPA y UNICEF afectan a la planificación sectorial en salud en el ámbito multilateral.

¹ En la práctica, y dado el desfase existente entre el PACI y el Seguimiento del PACI, se entiende más como un instrumento de información que como de planificación y lo que pretende es recoger toda la información operacional disponible para hacer una previsión de la cooperación al desarrollo.

² Establecido por Ley de Cooperación de 1998. En el 2014 fue sustituido por una Comunicación al Parlamento

6

Anexo 2. La presencia de Salud en los MAP y la PO

	III PD	IV PD	PAÍS	MAP	Sector Salud	PO 2010	PO 2011	PO 2014	Sector Salud MAP-PO	A. Programática (AP) IHP+
ASIA	AF		Afganistán			√				
	AF		Bangladesh							
	AF		Camboya				0			
	AA	CG	Filipinas	2014-2017	Salida	√			Salida	AP 2008-2011
	AF		Timor Oriental							
	AA		Vietnam							
MEDITERRÁNEO Y MUNDO ÁRABE	AA		Argelia							
	AD		Egipto							
	AF		Irak							
	AD		Jordania			0			Salida	
	AF		Líbano							
	AA	CG	Marruecos	Previsto 2014	√?	√	√		√?	AP 2009-2013
	AA	CG	Mauritania	Previsto 2014	√	√			√	IHP+
	AA	CG	P. Saharahui							
	AD		Siria							
	AA	CG	TT.PP.	Previsto 2014		0			Salida	
AD		Túnez			0			Salida		

	III PD	IV PD	PAÍS	MAP	Sector Salud	PO 2010	PO 2011	PO 2014	Sector Salud MAP-PO	A. Programática (AP) IHP+
ÁFRICA SUBSAHARIANA	AF		Angola				0		Salida	
	AA		Cabo Verde							
	AA	CG	Etiopía	2011-2015	✓	✓		✓	✓	AP Salud 2008-2013 IHP+
	AF		Gambia							
	AF		Guinea Bissau							
	AF		Guinea Conakry							
	AF	CG	G. Ecuatorial							
	AA	CG	Mali	Previsto 2014	✓?	✓			✓?	AP Salud 2008-2012 IHP+
	AA	CG	Mozambique	Previsto 2014	✓?					F. Común Salud 2005-2010 IHP+
	AD		Namibia	2011-2015	Salida					
	AA	CG	Níger	Previsto 2014	✓?	✓			✓?	F. Común Salud 2009-2012 IHP+
	AF		RDC							
	AA	CG	Senegal	2013-2017	~	0		0	Salida	
	AF		Sudán							
AMÉRICA DEL SUR	AD		Argentina							
	AA	CG	Bolivia	2011-2015	✓		✓	✓	✓	
	AD		Brasil			✓				
	AF	CG	Colombia	2011-2014	~	0		0		
	AA	CG	Ecuador	2011-2013	✓		0			
	AA	CG	Paraguay	2012-2015	✓			✓	✓	Posible apoyo presupuestario (con UE)
	AA	CG	Perú	2013-2016	✓	✓	✓	✓	✓	
	AD		Uruguay	2011-2015	✓		0			
	AD		Venezuela							

	III PD	IV PD	PAÍS	MAP	Sector Salud	PO 2010	PO 2011	PO 2014	Sector Salud MAP-PO	A. Programática (AP) IHP+
AMÉRICA CENTRAL, MÉXICO Y CARIBE	AD		Costa Rica	2011-2015	✓					
	AD	CG	Cuba	Previsto 2014		0			Salida	
	AA	CG	El Salvador	2010-2014	✓		✓	✓	✓	AP Comunidades solidarias 2006-2013 IHP+
	AA	CG	Guatemala	2013-2017	✓	0	✓	?	✓	
	AA	CG	Haití	Previsto 2014						
	AA	CG	Honduras	Previsto 2014						AP Salud 2008 RAMNI
	AD		México	2011-2015	✓	0				
	AA	CG	Nicaragua	Previsto 2014		✓	✓			F. Común Salud 2007-2010 FONSALUD
	AD		Panamá	2011-2014	✓					
	AA	CG	Rep. Dominicana	2014-2016	~		✓	0		
Total	50	23			11/16	10/18	7/11	4/9		

✓ Sector Priorizado

✓? Prevista la priorización del sector salud

AA País de Asociación Amplia

AD País de Asociación para la consolidación

✓ Sector Asociado

0 PO realizado. No se contempla salud

AF País de Asociación Focalizada

CG Concentración geográfica de logros para el desarrollo

✓ Área de Intervención



6 Anexo 3. Síntesis de la presencia de Salud en la Planificación Geográfica (MAP y PO)

PAÍS	LE y Área de intervención priorizada	Acción prioritaria	Socios prioritarios Alineación con Plan Nacional	Modalidad e Instrumento	Coordinaciones	Comentarios (Programación Operativa)
BOLIVIA 2011-2015	LE-1 Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos	Sector de Actuación Territorial ³ <i>Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada</i>	País socio: Ministerio de Salud y Deportes y Viceministerios ⁴ Servicios Departamentales de Salud (SEDES) Actores CE: ONGD españolas especializadas en salud (líder) AECID, Universidades, CCAA y EELL a través de las ONGD, MSSI	BILATERAL: Proyectos y convenios Asistencia técnica MULTILATERAL: Aportaciones OMIJES Fondo OPS Receptor del Fondo Global de Sida, Malaria y Tuberculosis GAVI	<ul style="list-style-type: none"> Mesa de salud de las Agencias de Cooperación Internacional (ACIs), Comité Interagencial de Salud Mesa de Salud de actores de la CE⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S Se ha realizado PO tras la firma del IMAP. En él, efectos, productos, e instrumentos alineado con la matriz de diálogo del PAS-S Priorizado salud en la PO-2011 Entre los instrumentos se incluye el Fondo Mixto de Cooperación Triangular Chile-España y Ministerio de Salud de Bolivia, no identificado en otras fuentes sobre instrumentos de salud vigentes.
COLOMBIA 2011-2014	~	~	~	~	~	<ul style="list-style-type: none"> Salud podría trabajarse a través de Acción Humanitaria. Sin embargo no hay constancia en el MAP

3 Se pretende la eliminación de la exclusión en salud. Hasta el 2010, que el 100% de la población acceda al Sistema de Salud Familiar Comunitario Intercultural, además del acceso a servicios básicos. También aparece como objetivo el "eliminar la desnutrición en niños menores de 5 años. Alcanzar la mayor cantidad de años de vida saludable con menor incidencia de enfermedades. Se eliminará la violencia intrafamiliar:

a) Sistema Único de Salud Familiar ; b) Comunitaria Intercultural; c) Rectoría; d) Movilización Social; e) Determinantes de la salud; f) Solidaridad.

4 Los Planes Departamentales de Salud y los objetivos del Plan Sectorial de Desarrollo del Ministerio de Salud y Deportes (2010- 2020), Ministerio de Salud (la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

5 En esta mesa se considerará pertinente la participación de la Cooperación Multilateral

6 Apoyo a la infraestructura básica en salud y educación en las zonas geográficas prioritarias según índice de desarrollo social.

7 Área incluida en la priorización "Apoyo a programas específicos en Salud y Educación"

8 El IMAP no menciona la Iniciativa Mesoamericana de Salud, si bien la web de SM2015 recoge que el país es receptor de US\$ 1.142.857 a través de Oficina de Cooperación Internacional De Salud (OCIS) del Ministerio de Salud. <http://www.sm2015.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/costa-rica.8789.html> (visitado 07/06/2014)

El componente principal del programa en el país es el "Fortalecimiento de los servicios de atención integral en SSR para adolescentes, adolescentes embarazadas, madres y sus hijos" con un total de US\$1.396.497 (sumando el aporte local) según Convenio Individual de SM2015 con el país <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37888834> (consultado 07/06/2014)

PAIS	LE y Área de intervención priorizada	Acción prioritaria	Socios prioritarios Alineación con Plan Nacional	Modalidad e Instrumento	Coordinaciones	Comentarios (Programación Operativa)
COSTA RICA 2011-2015	LE-1 Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos ⁶	Sector concentración: Bienestar social ⁷ . <i>Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada</i>	País socio : Ministerio de Bienestar Social y Familia y Ministerio de Sanidad (CENCINAL) Actores CE: AECID, M° de Educación; Junta de Andalucía; ONGDs.	BILATERAL ⁸ : Ayuda programática ⁹	~	<ul style="list-style-type: none"> País no priorizado por el PAS-S No se ha realizado PO tras la firma del MAP. No se recoge la asociación Público-Privada (Iniciativa Mesoamericana de Salud)¹⁰
ECUADOR 2011-2013	LE-2 Promoción de la salud infantil a través de la AIEPI	Estrategia sectorial identificada para un resultado ¹¹ (Contribuir al mejoramiento de la situación nutricional)	~	~	~	<ul style="list-style-type: none"> País no priorizado por el PAS-S Intersectorialidad: sector asociado a sector en liderazgo Seguridad Alimentaria: reducir en forma sostenible la desnutrición crónica infantil en niños/as menores de cinco años No se ha realizado PO tras la firma del MAP. No se proporcionan datos suficiente para ver si se trabaja de modo integrador (AIEPI) y dentro de los sistemas de salud.

9 Subvención al Patronato Nacional de la Infancia (PAN) MAP Costa Rica (pág. 73)

10 Conformar y desarrollar la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil como sistema universal y financiamiento solidario.

11 Objetivo 2: Mejorar las capacidades y potencialidades de la población. 2.1.1. Reducir en un 45% la desnutrición crónica al 2013 (vinculado a Educación) vinculado con el resultado de Contribuir al mejoramiento de la situación nutricional y a la reducción progresiva intergeneracional de la malnutrición. La información facilitada en el MAP accesible en la web no facilita información sobre modalidad, instrumento, socios y coordinaciones para el trabajo en esta temática.

PAÍS	LE y Área de intervención priorizada	Acción prioritaria	Socios prioritarios Alineación con Plan Nacional	Modalidad e Instrumento	Coordinaciones	Comentarios (Programación Operativa)
ETIOPÍA 2011-2015	<p>LE1</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos Financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud <p>LE-2¹²</p> <ul style="list-style-type: none"> Acceso a servicios integrales de SSR y promoción de los DDSSRR Promoción de la salud infantil a través de la AIEPI 	<p>Sector Prioritario¹³</p> <p>LE1. Canalizar los fondos a través del apoyo presupuestario</p> <p>LE2: Apoyo técnico y financiero para la promoción de los partos institucionales de calidad y el acceso a una atención obstétrica básica de emergencia y planificación familiar</p> <p>LE2: Desnutrición infantil</p>	<p>País socio :</p> <p>Ministerio de Salud y Oficinas de Salud Regionales¹⁴</p> <p>Actores CE: 1) ONGD (Proyecto Visión, África Viva, Grupo GIE, Cruz Roja Española, AMREF, etc. Hay pocas ONGD específicas en el sector salud, 2) Fundaciones y Centros de Salud Pública: FCSAI e ISCIII, 3) Universidades españolas (Universidad Autónoma, Universidad del País Vasco, etc.)</p>	<p>BILATERAL</p> <p>Apoyo presupuestario¹⁵/IHP+¹⁶</p> <p>Proyectos</p> <p>Asistencia técnica</p> <p>Exploran Cooperación Triangular</p> <p>MULTILATERAL</p> <p>Fondo Global¹⁷</p> <p>MDG Fund</p>	<p>Grupo de Salud, Nutrición y Población (multidonante)</p> <p>Foro Conjunto</p> <p>Consultivo</p> <p>Comité de Coordinación</p> <p>Conjunto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S Se ha realizado PO tras la firma del MAP. El formato del documento facilitado no permite ver los elementos de coherencia en asociación entre efectos, productos, e instrumentos alineado con la matriz de diálogo del PAS-S. Intersectorialidad: sector en liderazgo con asociado a sectores: <i>Seguridad Alimentaria, Género y Desarrollo</i> La información disponible muestra trabajo bajo enfoque de salud reproductiva. No se identifica el enfoque de derechos en sexualidad y reproducción Se trabaja bajo la estrategia AIEPI e integrado dentro del sistema nacional de salud.
FILIPINAS 2014-2017 ¹⁸	~	Salida	~	~	~ ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S

12 Mejorar el acceso a los servicios de salud para poder alcanzar los ODM 4 y 5 (específicamente objetivo estratégico 1 del HSDP-IV): (i) Reducción de la mortalidad materna (de a 267/100.000), (ii) utilización de anticonceptivo al 66%, (iii) aumento del número de nacimientos atendidos por personal especializado al 62%, (iv) reducción de la mortalidad infantil a 31/1.000, (v) reducción de la mortalidad en menores de 5 años a 68/1.000, y (vi) aumento de la cobertura de vacunación PENTA 3a 96%.

13 (i) Fortalecimiento del Programa Health Extension Programme (servicios preventivos y curativos en la comunidad), (ii) Mejora de la calidad de los servicios de salud materno infantil -atención obstétrica de emergencia, (iii) Acceso a productos básicos (vacunas, anticonceptivos y mosquiteras), (iv) Mejora de los recursos humanos para la provisión de servicios de salud, en el seguimiento y en la adquisición de bienes y servicios.

14 Plan de Desarrollo del Sector Salud

15 Mecanismo armonizado de financiamiento del sector, el fondo común de salud MDG PF gestionado por el Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (FMOH).

16 El IMOH valora muy positivamente la presencia de la AECID en el sector salud principalmente por tres motivos: 1) en los últimos tres años se ha consolidado la relación de confianza y el diálogo de políticas consiguiente entre ambos países, 2) el sector está subfinanciado y existe una brecha presupuestaria en el presupuesto de salud, y 3) hay pocos donantes que estén aplicando los principios de la agenda de eficacia y estén canalizando sus fondos a través de mecanismos armonizados como el MDG Fund (de hecho, España fue, junto con DFID, uno de los primeros donantes en participar en la elaboración y firma de un código de conducta en el sector (Joint Financing Arrangement) y de cumplir los compromisos del IHP)

17 "En el marco de la iniciativa IHP está previsto que en el próximo año nuevos socios se vayan a adherir al mecanismo conjunto, incluyendo el Fondo Global en su componente de fortalecimiento de Sistemas de salud

18 Falta información OAH/SALUD en el país.

19 Las ONGD españolas activas en el programa del gobierno. A nivel multilateral, se ha trabajado con FNUAP en salud reproductiva. Las otras agencias que han intervenido (UNICEFOMS) han trabajado en AH" MAP Filipinas pág. 22.

20 Líneas de acción de intervención prioritaria y permanente dentro del periodo MAP: "Atención a la salud materna y de mujeres en edad reproductiva" y "Atención en salud sexual y reproductiva." Está computado dentro del código CRS 12240 "Nutrición Básica"

PAIS	LE y Área de intervención priorizada	Acción prioritaria	Socios prioritarios Alineación con Plan Nacional	Modalidad e Instrumento	Coordinaciones	Comentarios (Programación Operativa)
GUATEMALA 2013-2017	LE-2 Acceso a servicios integrales de SSR y promoción de los DDSRR ²⁰ Promoción de la salud infantil a través de la AIEPI ²¹	<ul style="list-style-type: none"> Resultado de desarrollo que involucra intervenciones en el sector²² 	País Socio: MSPAS, MIDES, SOSEP, SEPREM, COMADRONAS, OCODES, Facilitadores Comunitarios OMUDES; UNFPA Actores CE: ONGD españolas	BILATERAL Programas y convenios Asociación Público-Privada (Iniciativa Mesoamericana de Salud) ²³	~	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S Se ha realizado FO tras la firma del MAP. El formato del documento no permite ver con claridad los elementos de coherencia en asociación entre efectos, productos, e instrumentos alineado con la matriz de diálogo del PAS-S. Intersectorialidad: sector asociado a sector en liderazgo <i>Seguridad Alimentaria y Género y Desarrollo</i> La Iniciativa Mesoamericana de Salud²⁴ no aparece en el MAP
MÉXICO 2011-2015	LE-2 Promoción de la salud infantil a través de la AIEPI Acceso a servicios integrales de SSR y promoción de los DDSRR	Sector de intervención relevante (Chiapas)	País Socio: Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) ²⁵ OMUDES: BID, OMS-OPS Actores CE: AECID	BILATERAL Asociación Público-Privada (Iniciativa Mesoamericana de Salud)	~	<ul style="list-style-type: none"> País no priorizado para salud. El sector salud queda recogido en el MAP debido a que se acoge en su planificación la Iniciativa Mesoamericana de Salud.
NAMIBIA 2011-2015	LE2 Salud materno infantil, a través del fortalecimiento institucional	Salida ²⁶	País socio: Ministerio de Salud y Servicios Sociales OMUDES; PNUD	BILATERAL MULTILATERAL: Fondo ODM		<ul style="list-style-type: none"> País no priorizado para salud. El sector salud aparece como sector salida en el MAP

21 Líneas de acción de intervención prioritaria y permanente dentro del periodo MAP : "Atención pediátrica ambulatoria" . Esta computado dentro del código CRS 12220: "Atención sanitaria básica". Reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en un 10% del 2012 al 2015 (con 16 productos asociados) MAP Guatemala. Anexo Matriz resultados de desarrollo

22 Programa 1 sobre Seguridad Alimentaria "Reducción de la Desnutrición Infantil". Resultado de desarrollo del programa "Reducción de la Desnutrición Infantil". Resultados intermedios: Reducir el porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer; Reducir la morbilidad de enfermedades específicas; Incrementar la cantidad y diversidad de los alimentos en la dieta de niños/as d 6 meses a 1 año. MAP seis líneas de acción principales: Atención a la salud materna y de mujeres en edad reproductiva; Atención en salud sexual y reproductiva; Atención pediátrica ambulatoria; Acceso a agua potable y saneamiento; e Incremento de ingresos de las familias.

23 Se identifica en el texto pero no en la matriz de asociación. El IMAP no menciona la Iniciativa Mesoamericana de Salud, si bien la web de SM2015 se recoge que el país es receptor de US\$ 5.830.000 a través del Ministerio de Salud del país <http://www.sm2015.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/guatemala,8783.html> (consultado 07/06/2014). Componente 1. Fortalecimiento de la oferta y calidad de los servicios en salud reproductiva, materna y Neonatal; Componente 2. Aumento en la demanda de servicios de salud. Contrato Individual con el país. <http://ibdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37942356> (consultado 07/06/2014)

24 Se identifica en el texto pero no en la matriz de asociación. El IMAP no menciona la Iniciativa Mesoamericana de Salud, si bien la web de SM2015 se recoge que el país es receptor de US\$ 5.830.000 a través del Ministerio de Salud del país <http://www.sm2015.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/guatemala,8783.html> (consultado 07/06/2014). Componente 1. Fortalecimiento de la oferta y calidad de los servicios en salud reproductiva, materna y Neonatal; Componente 2. Aumento en la demanda de servicios de salud. Contrato Individual con el país. <http://ibdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37942356> (consultado 07/06/2014)

25 No aparece en el MAP; identificado a través de la web de SM2015 <http://www.iadb.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/mexico,8782.html>. El monto destinado es el de US\$ 2.585.906 (consultado 07/06/2014)
26 Sector salida a medio plazo (junto a servicios sociales básicos ámbito de la salud materno infantil, a través del fortalecimiento institucional y de la capacitación técnica. Doctrina concentración y PRM consolidación de logros, pero no apoyo a servicios sociales básicos)

PAIS	LE y Área de intervención priorizada	Acción prioritaria	Socios prioritarios Alineación con Plan Nacional	Modalidad e Instrumento	Coordinaciones	Comentarios (Programación Operativa)
PANAMÁ 2011-2014	LE-2 Salud sexual y reproductiva Desnutrición infantil	Incluido dentro del Eje de Inclusión Social ²⁷	País Socio: Ministerio de Salud de Panamá ²⁸ Actores CE: ONGD OMUDES: BID, OPS/OMS	BILATERAL: Programas Asociación Público-Privada (Iniciativa Mesoamericana de Salud)	~	<ul style="list-style-type: none"> País no priorizado por el PAS-S No se ha realizado PO Intersectorialidad con Agua y saneamiento
PARAGUAY 2012-2015/29	LE-1 Fortalecer un Sistema Nacional de Salud	Sector de concentración ³⁰	País Socio: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) ³¹ Actores CE: ONGD españolas y la Cooperación Descentralizada (Andalucía)	BILATERAL: Enfoque programático a través de las Subvenciones de Estado Convenios y Programas Asistencia Técnica	Propuesta de mecanismo de coordinación multi-donantes con MSPBS ³²	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S Se ha realizado PO después de aprobado el MAP (2014) Sector salud queda recogido en el MAP como sector de concentración para el fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud Único, universal, integral incluyente y solidario con equidad y participación social
PERÚ 2013-2016	LE-2 Tema priorizado "Acceso a Servicios Integrales de Salud y Nutrición con calidad" Desnutrición infantil	Resultado de desarrollo que involucra intervenciones en el sector ³³	País socio : Ministerio de Salud ³⁴ A través de Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades Actores CE: ONGD españolas (liderazgo) Empresas, Ministerio de Economía y Competitividad, CCAA y EELL	BILATERAL: Proyectos y convenios MULTILATERAL: F-ODM ventana de "Infancia, seguridad alimentaria y nutrición"	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Interagencial de Cooperación Internacional en Salud Oficina de cooperación Internacional del MINSA 	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S. Ha realizado PO antes (2010, 2011) y después del MAP (2014) Salud en el MAP como sector asociado y se incluyen acciones en salud en el resultado de desarrollo III <i>Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad</i>

27 Incluido en su Eje de Inclusión Social se encuentra "Salud, nutrición, agua potable y saneamiento" y Atención primaria

28 Política de fortalecimiento de la red de atención primaria y extensión de la cobertura de salud

29 La información disponible no incluye la matriz de resultado, por lo que se dificulta completar la información que se sistematiza en la tabla. Los datos que figuran en el mismo, han sido extraídos del documento narrativo.

30 Fortalecer un Sistema Nacional de Salud único, universal, integral, incluyente y solidario con equidad y participación social MAP Paraguay (pag. 17)

31 Programa "Políticas en calidad de vida y salud con equidad (2008-2013)". En el mismo destaca el incremento de las capacidades técnicas y humanas a la vez que aborda de manera decisiva los determinantes socio-económicos y culturales de la población para hacer posible la universalidad y equidad en la prestación de servicios

32 Aunque la coordinación con otros donantes se realiza de manera bilateral y de acuerdo a necesidades particulares, AECID motivará y apoyará que el resto de donantes en el sector (OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, JICA, y KOICA) consoliden un mecanismo de coordinación permanente y estratégico cuyo liderazgo deberá ser asumido por el MSPBS. MAP Paraguay (pág. 18)

33 Área 1: Inclusión social y acceso a servicios básicos y dentro de esta el tema priorizado 5 " Acceso a Servicios Integrales de Salud y Nutrición con calidad"

34 I Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2012 (PNAIA)

PAIS	LE y Área de intervención priorizada	Acción prioritaria	Socios prioritarios Alineación con Plan Nacional	Modalidad e Instrumento	Coordinaciones	Comentarios (Programación Operativa)
REPÚBLICA DOMINICANA 2014-2016 ³⁵	~	~	~	~	~	<ul style="list-style-type: none"> País no priorizado por el PAS-S Ha realizado PO en 2011 Salud no está incluido en el MAP
EL SALVADOR 2010-2014	LE-1 Protección Social Sistema de protección social universal, políticas sociales estratégicas ³⁶	Área de concentración ³⁷	País socio: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) Actores CE: AECID, AACID, ONGD, Ministerio de Igualdad, Ministerio de Sanidad y Consumo OMUDES: NNLUU, sobre todo aquellas vinculadas al programa del F-ODM	BILATERAL: Ayuda programática (IHP+), proyectos, Asistencias Técnicas, FCAS Asociación Público-Privada (Iniciativa Mesoamericana de Salud) ³⁸ MULTILATERAL: F-ODM a través de tres ejes: seguridad ciudadana, nutrición y vivienda productiva ³⁹	Mesa de diálogo sobre las políticas del sistema de protección social universal Mesas sectoriales. Marco Operativo para la Eficacia de la Ayuda de la Unión Europea	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S. Ha realizado PO en 2011 Sector salud queda recogido en el MAP con acciones incluidas en el objetivo revertir la tendencia del aumento de la pobreza registrada en los últimos años y ampliar la cobertura de los servicios sociales básicos tanto en las zonas rurales como en las urbanas, especialmente para las poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad y para las mujeres

35 Servicios de agua potable y saneamiento.

36 Sistema de protección social, universal, políticas sociales estratégicas . Tiene 10 áreas temáticas prioritarias: Resultado 1.1: Apoyada la coordinación y la articulación interinstitucional para el desarrollo del sistema de protección social universal. (protección social) Resultado 1.3: Mejorada la dotación y la accesibilidad de la población a los servicios sociales básicos, incluyendo la planificación y construcción infraestructura, con énfasis en las zonas rurales.

37 La reducción significativa y verificable de la pobreza, la desigualdad social y de género y la exclusión social . El área de concentración también es llamada en el documento "sectores de intervención" o "sectores de asociación"

38 Se identifica en el texto pero no en la matriz de asociación. El MAP no menciona la Iniciativa Mesoamericana de Salud, si bien la web de SM2015 se recoge que el país es receptor de US\$ 4.875.000 a través del Ministerio de Salud del país <http://www.iadb.org/en/salud-mesoamerica-2015/sm2015/el-salvador/8568.html> (consultado 07/06/2014). Componente. Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en el primer nivel de atención de 14 de los municipios más pobres del país. Contrato Individual con el país. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37941451> (consultado 07/06/2014)

PAIS	LE y Área de intervención priorizada	Acción prioritaria	Socios prioritarios Alineación con Plan Nacional	Modalidad e Instrumento	Coordinaciones	Comentarios (Programación Operativa)
SENEGAL ⁴⁰ 2013-2017	LE2 Alimentación adecuada y suficiente frente a las crisis	Salida ⁴¹	País socio: Ministerio de Agricultura, ARDs	BILATERAL Subvenciones de Cooperación Cooperación Técnica. Proyectos y Convenios ONGD MULTILATERAL Fondo ODM UNICEF	Ministerio de Agricultura y Equipamiento Rural, Grupos temáticos de concertación (Desarrollo rural y seguridad alimentaria, protección social y salud)	<ul style="list-style-type: none"> País priorizado por el PAS-S Salud como sector de salida en el MAP y se incluyen acciones de salud dentro de la OE 3 Promover oportunidades económicas para los más pobres⁴², en la L3 de una alimentación adecuada y suficiente frente a las crisis
URUGUAY 2011-2015	LE-2 Salud sexual y reproductiva	Área de intervención priorizada en un sector de concertación ⁴² (género en desarrollo)	País socio: Ministerio Salud ⁴³ Ministerios de Desarrollo Social OMUDES: UNFPA Actores CE: AECID	BILATERAL Cooperación técnica Proyectos PIFTE MULTILATERAL Proyecto?	Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y Foros de Armonización (Reunión responsables de cooperación de la UE	<ul style="list-style-type: none"> País no priorizado por el PAS-S Salud como área de intervención en el MAP No ha realizado PO

39 No se recoge en la matriz, pero sí en el documento.

40 Seguridad Alimentaria

41 Para la OE2 "Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis" y la OE4 "Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos", se incluye una estrategia de salida que las integra en la OE1 (Consolidar procesos democráticos y el Estado de Derecho), en el marco del Enfoque territorial y el Enfoque Basado en Derechos Humanos. Por tanto, todavía se podría intervenir de forma tangencial en estas OE, ligando las acciones a los territorios en el trabajo con las colectividades locales y los comités locales de educación y salud.

42 Resultado sustantivo de desarrollo 2.3. "Consolidada una política integral de salud sexual y reproductiva". La reglamentación de la ley de salud sexual y reproductiva recibirá el apoyo de AECID en el marco de la Cooperación Multilateral con Naciones Unidas (UNFPA), cuya contraparte en el país es el Ministerio de Salud Pública. MAP Uruguay (pág. 25)

43 Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, Proyecto integral de lucha contra la violencia hacia las mujeres



5

Anexo 4. Evolución y distribución de la AOD de la Cooperación Española (2009-2012)

Consideraciones metodológicas en el análisis de la distribución de la AOD en salud

Los datos utilizados para el análisis del criterio de concentración provienen de los informes de seguimiento de los planes anuales de cooperación (PACI) del periodo 2009-2012 elaborados por la SGCID y de los datos facilitados por el Área de OO.II y ONGD de la DCM y F, así como por la Unidad de Ayuda Programática de la AECID. El periodo bajo análisis será en todos los casos 2010-2012, tomando como año de referencia 2009. Las diferentes fuentes de datos han sido utilizadas bajo el criterio del equipo evaluador en función de las necesidades del proceso para responder a las preguntas evaluativas. Las decisiones metodológicas se explicitan en los pies de páginas del apartado correspondiente.

Por otro lado, los sistemas de recogida y tratamiento de la información son diferentes según las fuentes por lo que los resultados no son comparables entre sí. Esta evaluación no es ajena a las limitaciones que han presentado otras evaluaciones (o incluso el mismo PACI) que representa la dificultad en disponer de datos homogéneos y fiables, así como a la debilidad del sistema de información de la AECID, señalada repetidamente en otras evaluaciones y cuya mejora permanece como objetivo no alcanzado.

- A efectos de esta evaluación, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada

con los siguientes códigos CAD CRS: i) 121, subsector de salud general; ii) 122, subsector de salud básica, y; iii) 130, subsector de políticas y programas de población y salud reproductiva. Asimismo, salvo que se especifique lo contrario, los datos que se presentan se refieren a la AOD neta.

- En el caso de la información aportada por DCM sobre OMUDES con especialización sectorial en salud, los datos aportados no respondían fielmente a datos representativos del sector por lo que se realizó un “filtrado” asesorado por la experta en salud del equipo evaluador, en base al nombre de las contribuciones
- En el caso de las ONGD los datos han sido extraídos de sus bases de datos de la Unidad y, en el caso de los Convenios, se han tomado las referencias de la convocatoria de 2010 y 2014. Para la caracterización del contenido de éstos últimos, se ha utilizado el nombre de los mismos por ser en general una síntesis del objetivo general que persiguen. El informe del Departamento de ONGD sobre el destino del presupuesto que gestiona, no permite relacionar las variables sector salud con área geográfica. Por otro lado, los datos facilitados por la SGCID permiten conocer la distribución de la AOD en salud por CRS canalizada a través de ONGD, sin embargo, no puede discriminarse por área geográfica y por instrumento. Por ello, y para indagar sobre aspectos de previsibilidad por regiones, se ha optado por utilizar la base de datos ad hoc generada por el equipo evaluador.

1. Evolución anual de la AOD NETA en salud por agente (2009-2012)

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	Variación 2009-2012
AGE	438.816.805	87,92%	326.901.760	85,34%	164.683.612	86,16%	50.381.138	68,07%	-88,52%
- AECID	99.317.696	19,90%	81.290.489	21,22%	65.970.833	34,52%	30.661.266	41,43%	-69,13%
- Resto MAEC	253.091.757	50,71%	191.242.308	49,93%	62.771.555	32,84%	22.869.927	30,90%	-90,96%
- M° de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	389.582	0,08%	785.167	0,20%	153.351	0,08%	47.146	0,06%	-87,90%
- Resto de AGE	86.017.770	17,23%	53.583.797	13,99%	35.787.873	18,72%	-3.197.201	-4,32%	-103,72%
DESCENTRALIZADA ⁵ : CCAA y EELL	59.615.197	11,94%	54.806.912	14,31%	26.052.774	13,63%	23.001.856	31,08%	-61,42%
UNIVERSIDADES	696.133	0,14%	1.336.614	0,35%	394.204	0,21%	632.656	0,85%	-9,12%
Total AOD NETA Salud	499.128.135	100,00%	383.045.286	100,00%	191.130.591	100,00%	74.015.650	100,00%	-85,17%

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

2. Evolución anual de la AOD Neta en salud del SCE por modalidad de ayuda 2009-2012

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
AOD Multilateral	141.021.844	28,25%	211.038.106	55,09%	83.074.255	43,46%	16.089.123	21,74%
AOD MultiBilateral	197.013.364	39,47%	32.033.250	8,36%	25.583.079	13,39%	10.904.466	14,73%
AOD Bilateral	161.092.927	32,27%	139.973.930	36,54%	82.473.257	43,15%	47.022.061	63,53%
AOD Total	499.128.135	100,00%	383.045.286	100,00%	191.130.591	100,00%	74.015.650	100,00%

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

3. Evolución anual de la AOD Neta en salud en AECID por modalidad de ayuda 2009-2012

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2010-2012	%
AOD Multilateral	1.500.000	1,51%	7.600.874	9,35%	0	0,00%	0	0,00%	7.600.874	4,27%
AOD MultiBilateral	81.757.477	82,32%	71.213.207	87,60%	62.353.107	94,52%	26.697.604	87,07%	160.263.919	90,08%
AOD Bilateral	16.060.219	16,17%	2.476.408	3,05%	3.617.726	5,48%	3.963.662	12,93%	10.057.796	5,65%
AOD Total	99.317.696	100,00%	81.290.489	100,00%	65.970.833	100,00%	30.661.266	100,00%	177.922.589	100,00%

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

4. Evolución anual de la AOD Neta en salud y resto de sectores en AECID 2009-2012

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	Variación 2009-2012
AOD en Salud	99.317.696	10,98%	81.290.489	9,43%	65.970.833	7,76%	30.661.266	7,94%	-68.656.430
AOD en Agua y Saneamiento	20.684.037	2,29%	24.311.388	2,82%	16.805.647	1,98%	7.539.469	1,95%	-13.144.568
AOD en Educación	92.462.364	10,22%	94.454.267	10,96%	97.878.627	11,51%	35.280.375	9,14%	-57.181.990
AOD en Género	23.987.172	2,65%	28.301.582	3,28%	21.427.322	2,52%	13.636.425	3,53%	-10.350.747
AOD en Medio ambiente	33.543.623	3,71%	35.488.810	4,12%	27.522.634	3,24%	7.836.926	2,03%	-25.706.697
AOD Total Neta resto de los sectores	497.433.437	55,01%	468.841.369	54,41%	472.790.247	55,58%	243.947.637	63,20%	-253.485.800
AOD Total	904.322.256	100,00%	861.715.544	100,00%	850.638.141	100,00%	386.007.095	100,00%	-518.315.160

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

5. AOD Neta en el sector salud desglosado por CRS en AECID

	2009		2010		2011		2012		2010-2012	
121. Salud General	41.179.809	41,46%	40.642.599	50,00%	31.515.042	47,77%	13.905.800	45,35%	86.063.441	48,37%
12110 Política sanitaria y gestión administrativa	35.624.882	35,87%	27.700.889	34,08%	25.387.944	38,48%	10.390.000	33,89%	63.478.833	35,68%
12181 Enseñanza / formación médicas	268.180	0,27%	3.083.876	3,79%	1.738.039	2,63%	0	0,00%	4.821.915	2,71%
12182 Investigación médica	4.121.532	4,15%	6.671.348	8,21%	3.650.566	5,53%	3.515.800	11,47%	13.837.714	7,78%
12191 Servicios médicos	1.165.216	1,17%	3.186.486	3,92%	738.493	1,12%	0	0,00%	3.924.978	2,21%
122. Salud Básica	29.386.012	29,59%	23.716.430	29,17%	26.959.377	40,87%	10.724.929	34,98%	61.400.736	34,51%
12220 Asistencia Sanitaria Básica	5.509.467	5,55%	8.786.531	10,81%	10.328.074	15,66%	3.975.250	12,97%	23.089.856	12,98%
12230 Infraestructura Sanitaria Básica	4.814.892	4,85%	1.350.898	1,66%	721.360	1,09%	1.390.600	4,54%	3.462.858	1,95%
12240 Nutrición Básica	4.030.202	4,06%	3.979.634	4,90%	5.348.907	8,11%	3.142.067	10,25%	12.470.608	7,01%
12250 Control enfermedades infecciosas	10.737.898	10,81%	4.903.278	6,03%	5.244.455	7,95%	1.263.012	4,12%	11.410.745	6,41%
12261 Educación Sanitaria	154.165	0,16%	535.118	0,66%	396.578	0,60%	0	0,00%	931.696	0,52%
12262 Control de la Malaria	500.000	0,50%	0	0,00%	100.000	0,15%	454.000	1,48%	554.000	0,31%
12263 Control de la Tuberculosis	80.000	0,08%	99.750	0,12%	52.500	0,08%	0	0,00%	152.250	0,09%
12281 Formación Personal Sanitario	3.559.388	3,58%	4.061.221	5,00%	4.767.502	7,23%	500.000	1,63%	9.328.723	5,24%
130. Salud Sexual y Reproductiva	28.751.875	28,95%	16.931.460	20,83%	7.496.415	11,36%	6.030.537	19,67%	30.458.412	17,12%
13010 Política sobre población y gestión administrativa	50.110	0,05%	1.375.000	1,69%	490.906	0,74%	1.500.000	4,89%	3.365.906	1,89%
13020 Atención salud reproductiva	17.793.598	17,92%	12.337.357	15,18%	5.972.594	9,05%	2.973.471	9,70%	21.283.422	11,96%
13030 Planificación familiar	4.172.083	4,20%	906.388	1,11%	0	0,00%	723.000	2,36%	1.629.388	0,92%
13040 Lucha contra ETS Enfermedades de Transmisión Sexual), incluye SIDA	5.800.735	5,84%	1.521.914	1,87%	557.131	0,84%	0	0,00%	2.079.045	1,17%
13081 Formación de personal para población y salud reproductiva	935.349	0,94%	790.801	0,97%	475.784	0,72%	834.066	2,72%	2.100.651	1,18%
Total AOD Neta AECID a SALUD	99.317.696		81.290.489		65.970.833		30.661.266		177.922.589	

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

6. Evolución de la AOD Neta en salud de la AECID por regiones y año 2009-2012

	MULTILATERAL				BILATERAL				%	
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012		
	América Latina	0	721.987	0	0	22.772.300	20.963.312	15.891.027		8.857.880
América del Norte, Central y Caribe	0	0	0	0	10.635.940	9.011.996	6.751.210	3.324.164	19.087.370	10,73%
América del Sur	0	0	0	0	11.458.860	11.651.316	9.054.816	5.533.716	26.239.849	14,75%
América Latina, no especificado	0	721.987	0	0	677.500	300.000	85.000	0	1.106.987	0,62%
África	0	1.803.315	0	0	63.337.798	45.113.898	38.046.987	16.205.386	101.169.587	56,86%
Norte de África	0	0	0	0	9.807.294	7.356.615	4.710.916	1.652.250	13.719.781	77,1%
África Subsahariana	0	1.803.315	0	0	53.530.504	37.237.283	32.816.071	14.553.136	86.409.805	48,57%
África, no especificado	0	0	0	0	0	520.000	520.000	0	1.040.000	0,58%
Asia	0	951.312	0	0	5.191.038	7.289.000	7.902.419	2.023.000	18.165.731	10,21%
Oriente Medio	0	0	0	0	941.228	2.817.212	2.818.610	723.000	6.358.822	3,57%
Asia Central	0	0	0	0	0	0	0	800.000	800.000	0,45%
Asia Sur	0	951.312	0	0	219.870	222.173	423.971	0	1.597.456	0,90%
Asia Oriental	0	0	0	0	4.029.940	4.249.614	4.659.838	500.000	9.409.453	5,29%
Asia, no especificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Europa	0	348.020	0	0	446.560	73.405	51.750	0	473.175	0,27%
Oceanía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
PVD, no especificado	1.500.000	3.776.240	0	0	6.070.000	250.000	4.078.650	3.575.000	11.679.890	6,56%
TOTAL AOD BRUTA	1.500.000	7.600.874	0	0	97.817.696	73.689.615	65.970.833	30.661.266	177.922.589	

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

7. Principales países receptores de AOD Bilateral Bruta salud de la AECID en el periodo 2009-2012 y porcentaje sobre el total de la AOD en salud

Países	2009	2010	2011	2012	2010-2012	% sobre el total AOD salud
Mozambique	10.809.380	6.669.881	3.890.642	4.337.166	14.897.689	9,42%
Etiopía	7.210.729	5.540.419	5.757.068	3.500.000	14.797.487	9,36%
Níger	3.873.466	4.570.137	7.202.469	853.755	12.626.361	7,99%
Guinea Ecuatorial	4.465.233	4.873.826	3.563.199	1.337.493	9.774.518	6,18%
Marruecos	8.073.290	5.952.926	2.928.869	745.000	9.626.795	6,09%
Malí	3.447.822	6.028.556	3.101.262	430.000	9.559.818	6,05%
Filipinas	4.004.000	4.219.496	4.620.532	500.000	9.340.028	5,91%
Bolivia	2.389.819	3.129.300	3.579.178	1.981.519	8.689.998	5,50%
Perú	4.520.483	2.420.932	2.637.726	1.171.700	6.230.358	3,94%
Mauritania	2.848.533	1.059.500	1.778.421	2.201.396	5.039.317	3,19%
Nicaragua	4.737.500	1.737.519	2.394.873	638.584	4.770.975	3,02%
Paraguay	1.414.925	1.466.703	807.182	2.083.497	4.357.382	2,76%
Palestinos, Territorios	389.095	1.784.264	2.073.124	195.210	4.052.598	2,56%
Guatemala	1.024.259	1.497.209	1.387.654	1.068.582	3.953.444	2,50%
Cabo Verde	257.993	1.175.000	2.215.669	312.469	3.703.138	2,34%
El Salvador	1.206.496	1.409.429	1.416.843	823.577	3.649.848	2,31%
Ecuador	1.730.583	2.097.510	545.443	297.000	2.939.953	1,86%
Congo, Rep. Dem.	1.919.550	1.199.315	1.193.668	280.693	2.673.676	1,69%
Sudán	936.652	784.698	1.801.919	0	2.586.617	1,64%
Cuba	831.453	1.641.143	491.114	0	2.132.257	1,35%
Guinea-Bissau	1.381.491	1.172.396	901.937	0	2.074.333	1,31%
Honduras	1.135.564	736.313	444.763	633.515	1.814.590	1,15%
Senegal	3.783.994	348.920	625.200	430.000	1.404.120	0,89%
Angola	6.847.359	828.860	31.200	430.000	1.290.060	0,82%

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

8. Evolución anual de la AOD en salud en AECID por instrumento de canalización de la ayuda 2009-2012

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2010-2012	%
Contribuciones generales a OМУDES	1.500.000	1,51%	7.600.874	9,35%	0	0,00%	0	0,00%	7.600.874	4,27%
Programas o proyectos a través de OМУDES	16.060.219	16,17%	2.476.408	3,05%	3.617.726	5,48%	3.963.662	12,93%	10.057.796	5,65%
Apoyo Presupuestario	20.150.000	20,29%	17.625.000	21,68%	10.300.000	15,61%	(*)	(*)	27.925.000	15,70%
Vía ONGD	45.400.110	45,71%	36.926.263	45,43%	30.800.758	46,69%	17.422.539	56,82%	85.149.560	47,86%
Otros instrumentos	15.861.467	15,97%	14.882.610	18,31%	21.252.349	32,21%	9.275.065	30,25%	45.410.025	25,52%
Cooperación delegada	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Cooperación Sur-Sur/Triangular	345.900	0,35%	1.779.334	2,19%	0	0,00%	0	0,00%	1.779.334	1,00%
Total de la AOD Bruta Salud AECID	99.317.696	100,00%	81.290.489	100,00%	65.970.833	100,00%	30.661.266	100,00%	177.922.589	100,00%

Fuente: Unidad de Estadística (SGCID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012.

(*) Según INFOAOD, en el año 2012 consta la canalización de 5 millones de euros al sector a través de cestas de donantes o fondo común una aportación global. Estos fondos supusieron el 16,31% del total de la AOD de salud al sector en ese años. Los cestas de donantes o fondo común son instrumentos que suelen trabajar bajo enfoque programático.

9. AOD Bruta en el sector salud canalizado por ONGD y desglosado por CRS en AECID

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2010-2012	%
121. Salud General	16.005.523	35,25%	13.486.207	36,52%	5.880.790	19,09%	5.805.800	32,48%	25.172.797	29,41%
12110 Política sanitaria y gestión administrativa	13.465.978	29,66%	7.004.932	18,97%	3.775.000	12,26%	2.610.000	14,60%	13.389.932	15,64%
12181 Enseñanza / formación médicas	32.432	0,07%	2.044.778	5,54%	1.468.081	4,77%	0	0,00%	3.512.859	4,10%
12182 Investigación médica	1.744.000	3,84%	1.905.297	5,16%	150.000	0,49%	3.195.800	17,88%	5.251.097	6,13%
12191 Servicios médicos	763.113	1,68%	2.531.200	6,85%	487.709	1,58%	0	0,00%	3.018.909	3,53%
	13.035.713		13.140.681		18.848.339		7.540.202		39.529.222	
122. Salud Básica		28,71%		35,59%		61,19%		42,18%		46,18%
12220 Asistencia Sanitaria Básica	5.447.447	12,00%	5.209.187	14,11%	7.761.257	25,20%	3.725.250	20,84%	16.695.694	19,50%
12230 Infraestructura Sanitaria Básica	595.535	1,31%	1.080.358	2,93%	721.360	2,34%	1.280.693	7,16%	3.082.411	3,60%
12240 Nutrición Básica	3.485.316	7,68%	2.713.320	7,35%	5.192.707	16,86%	954.740	5,34%	8.860.767	10,35%
12250 Control enfermedades infecciosas	1.162.969	2,56%	411.750	1,12%	691.220	2,24%	625.519	3,50%	1.728.489	2,02%
12261 Educación Sanitaria	0	0,00%	252.891	0,68%	227.278	0,74%	0	0,00%	480.169	0,56%
12262 Control de la Malaria	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	454.000	2,54%	454.000	0,53%
12263 Control de la Tuberculosis	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
12281 Formación Personal Sanitaria	2.344.446	5,16%	3.473.175	9,41%	4.254.517	13,81%	500.000	2,80%	8.227.692	9,61%
	16.358.874		10.299.375		6.071.629		4.530.537		20.901.541	
130. Salud Sexual y Reproductiva		36,03%		27,89%		19,71%		25,34%		24,42%
13010 Política sobre población y gestión administrativa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
13020 Atención salud reproductiva	11.193.560	24,66%	8.811.653	23,86%	5.372.594	17,44%	2.973.471	16,63%	17.157.718	20,04%
13030 Planificación familiar	55.000	0,12%	0	0,00%	0	0,00%	723.000	4,04%	723.000	0,84%
13040 Lucha contra ETS Enfermedades de Transmisión Sexual), incluye SIDA	4.174.965	9,20%	1.288.914	3,49%	382.131	1,24%	0	0,00%	1.671.045	1,95%
13081 Formación de personal para población y salud reproductiva	935.349	2,06%	198.808	0,54%	316.904	1,03%	834.066	4,67%	1.349.778	1,58%
Total AOD BRUTA AECID a SALUD	45.400.110		36.926.263		30.800.758		17.876.539		85.603.560	

10. Principales iniciativas apoyadas por CE que canalizan AOD Salud

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2010-2012	%
Fondo Mundial Malaria, Sida y TB (GFTAM)	144.247.593	28,90%	103.000.000	26,75%	0	0,00%	0	0,00%	103.000.000	15,63%
GAVI	0	0,00%	2.000.000	0,52%	0	0,00%	0	0,00%	2.000.000	0,30%
OMS/OPS	45.109.665	9,04%	31.283.166	8,12%	20.070.560	10,31%	8.620.093	10,85%	59.973.819	9,10%
INICIATIVA MESOAMERICANA		0,00%	2.000.000	0,52%	3.461.538	1,78%	5.447.471	6,86%	10.909.009	1,66%
UNITAID	15.000.000	3,01%	8.000.000	2,08%	5.000.000	2,57%	0	0,00%	13.000.000	1,97%
UNFPA	33.656.531	6,74%	32.706.388	8,49%	12.075.000	6,21%	1.500.000	1,89%	46.281.388	7,02%
UNICEF (sólo sector Salud Multilateral)	6.875.427	1,38%	8.225.020	2,14%	4.26.500	0,22%	414.755	0,52%	9.066.275	1,38%
ONUSIDA	5.400.000	1,08%	2.464.524	0,64%	4.000.000	2,06%	1.000	0,00%	6.465.524	0,98%
DNDi	5.000.000	1,00%	0	0,00%	2.000.000	1,03%	0	0,00%	2.000.000	0,30%
IFFIm	9.475.000	1,90%	9.475.000	2,46%	9.475.000	4,87%	8.717.537	10,97%	27.667.537	4,20%
Medicines for Malaria Venture	3.000.000	0,60%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
AVI	3.000.000	0,60%	900.000	0,23%	700.000	0,36%	0	0,00%	1.600.000	0,24%
Apoyo presupuestario	20.800.000	4,17%	18.150.100	4,71%	10.600.000	5,45%	0	0,00%	28.750.100	4,36%
Vía ONGD	9.171.9690	18,38%	82.168.599	21,34%	55.047.471	28,29%	37.471.864	47,16%	174.687.933	26,50%
Cooperación Delegada	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
I+D	7.022.953	1,41%	10.128.871	2,63%	7.993.730	4,11%	4.355.708	5,48%	22.478.309	3,41%
Otros ⁴⁴	108.821.276	21,80%	74.543.618	19,36%	63.742.331	32,76%	12.934.693	16,28%	151.220.642	22,94%
Total AOD NETA Salud	499.128.135	100,00%	385.045.286	100,00%	194.592.129	100,00%	79.463.121	100,00%	659.100.536	100,00%

Fuente: Unidad de Estadística (SGC/ID) en base al Seguimiento del PACI 2009-2012

11. Evolución de las operaciones de Ayuda Programática 2009-2012 (Fuente: AECID)

PAÍS	TIPO DE OPERACIÓN	2009	2010	2011	2012	2010-2012
EL SALVADOR	Apoyo Presupuestario Programa de Comunidades Solidarias	10.000.000	4.000.000	3.900.000	3.900.000	11.800.000
NICARAGUA	Fondo Común FONSALUD – Salud	2.000.000		1.000.000	0	1.000.000
TOTAL ALC		12.000.000	4.000.000	4.900.000	3.900.000	12.800.000
ETIOPÍA	Apoyo Presupuestario Sectorial – Salud	5.000.000	5.000.000	5.000.000	3.000.000	13.000.000
FILIPINAS	Apoyo Presupuestario Sectorial – Salud	3.000.000	3.000.000	2.500.000	0	5.500.000
MALÍ	Apoyo Presupuestario Sectorial – Salud	1.000.000	4.000.000	2.000.000	3.000.000	9.000.000
MARRUECOS	Apoyo Presupuestario Sectorial – Salud	5.000.000	2.625.000	1.800.000	3.000.000	7.425.000
MOZAMBIQUE	Fondo Común –Salud	3.000.000	3.000.000	3.000.000	1.500.000	7.500.000
NIGER	Fondo Común –Salud	1.000.000	2.000.000	3.000.000	3.000.000	8.000.000
TOTAL AFRICA y ASIA		18.000.000	19.625.000	17.300.000	13.500.000	50.425.000
TOTAL OPERACIONES BILATERALES AECID		30.000.000	23.625.000	22.200.000	17.400.000	63.225.000
TOTAL AOD Neta Salud en AECID (Fuente: U. Est/SGCID)		99.317.696	81.290.489	65.970.833	30.661.266	177.922.589
% sobre AOD Neta en Salud AECID por Ayuda Programática		30,21%	29,06%	33,65%	56,75%	35,54%
% sobre AOD Neta en Salud AECID por Apoyo Presupuestario		24,16%	22,91%	23,04%	42,07%	26,26%
% sobre AOD Neta en Salud AECID por Fondo Común		6,04%	6,15%	10,61%	14,68%	9,27%

12a. AOD Neta en el sector salud desglosado por CRS y modalidad de ayuda (2009 y 2010)

	2009						2010					
	BIL	MBI	MUL	Total	BIL	MBI	MUL	Total	BIL	MBI	MUL	Total
121. Salud General	67021.081	41,60%	47968.884	74,4%	46753.184	33,40%	8490.000	26,50%	30.212.731	14,32%	65.455.916	22,31%
12110 Política sanitaria y gestión administrativa	48.426.211	30,06%	47.177.064	7,05%	32.797.089	23,43%	8.240.000	25,72%	25.548.004	12,11%	66.585.093	17,38%
12181 Enseñanza / formación médicas	543.771	0,34%	102.295	0,07%	-1.785.281	-1,28%	0	0,00%	378.079	0,18%	-1.407.202	-0,37%
12182 Investigación médica	5.379.484	3,34%	5.315	0,03%	7.347.758	5,25%	250.000	0,78%	455.449	0,22%	805.632.07	2,10%
12191 Servicios médicos	12.671.615	7,87%	684.209	0,49%	8.393.618	6,00%	0	0,00%	3.831.200	1,82%	12.224.818	3,19%
122. Salud Básica	55.351.550	34,36%	57.228.844	33,49%	65.647.008	46,90%	4.486.462	14,01%	104.830.896	49,72%	175.064.366	45,70%
12220 Asistencia Sanitaria Básica	14.998.728	9,31%	29.697.857	21,06%	25.988.161	18,57%	57.172	0,18%	27.125.288	12,85%	53.170.621	13,88%
12230 Infraestructura Sanitaria Básica	18.901.104	11,75%	576.380	0,41%	13.283.387	9,49%	0	0,00%	1.580.785	0,75%	14.864.173	3,88%
12240 Nutrición Básica	8.449.264	5,24%	2.224.987	1,58%	8.978.406	6,42%	3.500.000	10,93%	7.482.097	3,55%	19.961.503	5,21%
12250 Control enfermedades infecciosas	5.262.263	3,27%	20.709.520	14,69%	6.792.467	4,85%	920.020	2,87%	11.176.469	5,30%	18.888.956	4,93%
12261 Educación Sanitaria	1.450.767	0,90%	342.988	0,24%	2.696.375	1,93%	9.270	0,03%	790.773	0,37%	3.496.418	0,91%
12262 Control de la Malaria	662.000	0,40%	2.002.695	1,42%	2.579.698	1,84%	0	0,00%	42.260.224	20,02%	44.839.922	11,71%
12263 Control de la Tuberculosis	629.213	0,39%	892.340	0,63%	2.176.222	1,56%	0	0,00%	13.274.729	6,29%	13.492.351	3,52%
12281 Formación Personal Sanitaria	5.008.231	3,11%	782.076	0,55%	5.108.891	3,65%	0	0,00%	1.240.531	0,59%	6.350.422	1,66%
130. S Sexual y Reproductiva	38.720.296	24,04%	35.824.116	59,07%	27.573.738	19,70%	19.056.788	59,49%	75.894.478	35,96%	122.525.004	31,99%
13010 Política sobre población y gestión administrativa	424.948	0,26%	0,00%	0,00%	523.031	0,37%	250.000	0,78%	9.905.577	4,69%	10.678.608	2,79%
13020 Atención salud reproductiva	22.185.672	13,77%	10.994.253	7,80%	18.457.300	13,19%	12.500.400	39,02%	11.045.048	5,23%	42.002.748	10,97%
13030 Planificación familiar	408.949	0,25%	261.280	0,19%	1.823.818	1,30%	6.006.388	18,75%	197.389	0,09%	8.027.595	2,10%
13040 Lucha contra ETS, incluye SIDA	13.997.709	8,32%	11.205.361	7,95%	5.248.568	3,75%	300.000	0,84%	54.625.313	25,88%	60.174.881	15,71%
13081 Formación de personal para población y SSR	2.303.018	1,43%	10.911	0,01%	1.520.020	1,09%	0	0,00%	121.152	0,06%	1.641.172	0,43%
Total AOD Neta AECID a SALUD	161.092.927	100,00%	141.021.844	100,00%	139.873.930	100,00%	32.033.250	100,00%	211.038.106	100,00%	383.045.286	100,00%

12b. AOD Neta en el sector salud desglosado por CRS y modalidad de ayuda 2009-2012

	2011										2012									
	BIL	MBI	MUL	Total	BIL	MBI	MUL	Total	BIL	MBI	MUL	Total	BIL	MBI	MUL	Total				
121. Salud General	31752290	3850%	16805929	65,69%	20347686	24,49%	68905906	36,05%	14.493.727	2727.333	25,01%	7010.186	30,82%	2.727.333	25,01%	7010.186	43,57%	24.231.246	32,74%	
12110 Política sanitaria y gestión administrativa	29109498	35,30%	16109929	62,97%	16.047.616	19,82%	61.267.044	32,06%	11.124.082	2.513.333	23,08%	7010.186	23,66%	2.513.333	23,08%	7010.186	43,57%	20.647.601	27,90%	
12181 Enseñanza / formación médicas	-416878	-0,51%	0	0,00%	604.154	0,73%	187276	0,10%	-714.326	0	0,00%	0	-1,52%	0	0,00%	0	0,00%	-714.326	-0,97%	
12182 Investigación médica	3703.966	4,49%	696.000	2,72%	864.639	1,04%	5.264.605	2,75%	4.141.708	214.000	1,96%	0	8,81%	214.000	1,96%	0	0,00%	4.355.708	5,88%	
12191 Servicios médicos	-644.296	-0,78%	0	0,00%	2831.277	3,41%	2.186.981	1,14%	-57737	0	0,00%	0	-0,12%	0	0,00%	0	0,00%	-57737	-0,08%	
122. Salud Básica	38.395.813	46,56%	5.564.508	21,75%	38.884.322	46,81%	82.844.643	43,34%	23.252.292	4.860.309	44,57%	9.078.937	49,45%	4.860.309	44,57%	9.078.937	56,43%	37.191.538	50,25%	
12220 Asistencia Sanitaria Básica	15.261.008	18,50%	1.025.141	4,01%	24.642.328	29,66%	40.928.477	21,41%	9.680.904	2.065.824	18,94%	9.078.937	20,59%	2.065.824	18,94%	9.078.937	56,43%	20.825.664	28,14%	
12230 Infraestructura Sanitaria Básica	-409.132	-0,50%	0	0,00%	1.045.995	1,26%	636.863	0,33%	3.587.203	109.907	1,01%	0	7,63%	109.907	1,01%	0	0,00%	3.697.110	5,00%	
12240 Nutrición Básica	9.211.670	11,17%	359.000	1,40%	4.092.508	4,93%	13.663.178	7,15%	5.016.590	414.755	3,80%	0	10,67%	414.755	3,80%	0	0,00%	5.431.345	7,34%	
12250 Control enfermedades infecciosas	7603.144	9,22%	3.542.726	13,85%	5.698.680	6,86%	16.844.550	8,81%	2.559.294	0	0,00%	0	5,44%	0	0,00%	0	0,00%	2.559.294	3,46%	
12261 Educación Sanitaria	1.190.240	1,44%	0	0,00%	530.664	0,64%	1.720.903	0,90%	1.065.971	0	0,00%	0	2,27%	0	0,00%	0	0,00%	1.068.971	1,44%	
12262 Control de la Malaria	284.750	0,35%	637.641	2,49%	1.480.589	1,78%	2.402.980	1,26%	743.916	2.269.824	1,58%	0	1,58%	2.269.824	20,82%	0	0,00%	3.013.739	4,07%	
12263 Control de la Tuberculosis	52.500	0,06%	0	0,00%	531.032	0,64%	583.532	0,31%	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
12281 Formación Personal Sanitaria	5201.634	6,31%	0	0,00%	862.527	1,04%	6.064.161	3,17%	595.413	0	0,00%	0	1,27%	0	0,00%	0	0,00%	595.413	0,80%	
130. Salud Sexual y Reproductiva	12.325.154	14,94%	3.212.641	12,56%	23.842.248	28,70%	39.380.042	20,60%	9.275.042	3.316.824	19,73%	0	30,42%	3.316.824	30,42%	0	0,00%	12.592.865	17,01%	
13010 Política sobre población y gestión administrativa	-711.951	-0,86%	375.000	1,47%	7.662.437	9,22%	7.325.486	3,83%	-138.404	1.500.000	13,76%	0	-0,29%	1.500.000	13,76%	0	0,00%	1.361.596	1,84%	
13020 Atención salud reproductiva	8.012.838	9,72%	2.837.641	11,09%	7.588.868	9,14%	18.439.347	9,65%	6.321.002	1.815.824	16,65%	0	13,44%	1.815.824	16,65%	0	0,00%	8.136.826	10,99%	
13030 Planificación familiar	567.045	0,69%	0	0,00%	973.397	0,12%	664.442	0,35%	1.315.877	0	0,00%	0	2,80%	0	0,00%	0	0,00%	1.315.877	1,78%	
13040 Lucha contra ETS; incluye SIDA	3.252.108	3,94%	0	0,00%	8.467.462	10,19%	11.719.570	6,13%	476.811	1.000	0,01%	0	1,01%	1.000	0,01%	0	0,00%	477.811	0,65%	
13081 Formación de personal para población y SSR	1.205.113	1,46%	0	0,00%	26.083	0,03%	1.231.196	0,64%	1.300.756	0	0,00%	0	2,77%	0	0,00%	0	0,00%	1.300.756	1,76%	
Total AOD Neta AECID a SALUD	82.473.257	100,00%	25.585.079	100,00%	83.074.255	100,00%	191.130.591	100,00%	47.022.061	10.904.466	100,00%	16.089.123	100,00%	10.904.466	100,00%	16.089.123	100,00%	74.015.650	100,00%	

6 Anexo 5. Cuestionarios

Propuesta de cuestionario dirigido a los/as integrantes de la Red de Expertos/as en Salud

Evaluación del Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013

1. Sexo: Mujer - Hombre.
2. ¿Has trabajado en alguno de los siguientes países en los últimos 10 años? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Desplegable:

Argentina, Bolivia, El Salvador, Etiopía, Filipinas, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Mali, Marruecos, Mauritania, Mozambique, Nicaragua, Níger, Paraguay, Perú, Territorios Palestinos

3. ¿Cuánto tiempo llevas en su puesto actual?

años _____ y meses _____

4. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando para la AECID?

años _____ y meses _____

5. ¿La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio?

Sí

No

- 5.a. ¿Cómo se encuentra presente actualmente el sector salud en el programa de cooperación de la CE en el país? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Desplegable:

- a) Sector prioritario o de concentración
- b) Intervención intersectorial que involucra al sector salud
- c) Intervenciones y apoyos concretos al sector

- d) Programa regional financiado por la CE con implementación en el país
- e) Implementación en el país de Iniciativas globales y fondos multilaterales cofinanciados por la CE

5.b. ¿Eres actualmente la persona responsable del sector salud o la persona encargada de “llevar” las intervenciones y cuestiones vinculadas a este sector dentro de la OTC donde trabajas?

- Sí
- No

→ 5.b.1a. ¿Qué promedio de horas semanales dedicas a trabajar en el sector salud?

→ 5.b.1b. ¿Tienes formación especializada en salud?

→ 5.b.2a. ¿En qué sector desempeña actualmente sus funciones?

→ 5.b.2b. ¿Tienes formación especializada en salud?

→ 5.b.2c. ¿Por qué no se priorizó el sector salud? Marcar un máximo de 3. (Pregunta cerrada. Desplegar posibilidades)

- a) No ha sido demandado apoyo en este sector dentro del diálogo de políticas con el país socios
- b) La CE no presentaba un valor añadido en el país para el trabajo dentro del sector
- c) El principio de concentración sectorial ha obligado a focalizar esfuerzos en otros sectores
- d) Se trabaja dentro del sector salud desde un enfoque intersectorial.
- e) No hay trayectoria de trabajo de la CE en este sector en el país
- f) Otros, especificar

→ 5.c. ¿Cuál es el presupuesto aproximado que la CE ha destinado al sector salud en el periodo 2011-2013 en el país donde trabajas actualmente? Incluir todas las modalidades de cooperación.

Desplegable:

- a) Hasta 200.000 euros
- b) Hasta 500.000 euros
- c) Hasta 1.000.000 euros
- d) Hasta 2.000.000 euros
- e) Más de 2.000.000 euros
- f) Más de 4.000.000 euros

→ 5.d. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso.

Desplegable:

a) NÚMERO DE PERSONAS (1-2-3-4-)

b) PUESTOS INVOLUCRADOS

b-1. Responsable de Programa

b-2. Responsable de Proyecto

b-3. Asistencia Técnica

b-4. Técnico/a no especialista en el sector que asume funciones en el trabajo con el sector salud

b-5. Técnico/a no especialista que compagina esta responsabilidad con otras en otros sectores

b-6. Becario/a

c) FORMACIÓN GENERAL DE LOS RR.HH. DESTINADOS AL SECTOR

c-1. Experto/a especialista en salud.

c-2. Formación especializada en salud y cooperación

c-3. Sin formación específica, pero con experiencia de trabajo en el sector superior a los 2 años

c-4. Sin formación ni experiencia de trabajo en el sector superior a 2 años

↳ 5.e. ¿Quiénes son los principales socios en las intervenciones en salud que se desarrollan en el país?. (Pregunta cerrada. Desplegar posibilidades)

- a) Ministerio de Salud en el país
- b) Otros Ministerios en el país
- d) ONGD en el país
- e) ONGD españolas
- f) NN.UU.
- g) Otros países donantes
- i) Países de la CE con acuerdos bilaterales con el país
- h) Iniciativa globales con presencia en el país
- e) Otros, especificar

6. Desde tu experiencia ¿consideras el PAS de Salud un instrumento útil para el trabajo que desarrolla la AECID en los países socios?

- a) En gran parte
- b) En parte
- c) Apenas
- d) En absoluto
- e) No aplica

7. ¿Por qué?

8. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con el PAS de Salud, consideras que...

	En gran parte	En parte	Apenas	En absoluto	No sabe
8.1. El PAS de Salud es un instrumento útil para la alineación con el marco de políticas del país socio en el sector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. El PAS de Salud es un instrumento útil para orientar las intervenciones hacia el enfoque de salud global e incorporar los compromisos internacionales asumidos por la CE en el sector salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. El actual PAS de Salud es un instrumento útil que continúa siendo relevante para enfrentar los nuevos desafíos de la cooperación internacional (p.ej. la agenda de la calidad y la eficacia de la ayuda, profundizar el diálogo entre el enfoque geográfico, instrumental y sectorial, contribuir a resultados de desarrollo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. El PAS de Salud es un instrumento útil para fortalecer la coordinación y articulación entre los diferentes actores de la CE, de la AECID y/o con otros socios para el desarrollo (p.ej. donantes o países socios) en terreno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5. El PAS de Salud una vez actualizado podría seguir siendo un instrumento útil y relevante para orientar y contribuir a la toma de decisiones en los procesos estratégicos donde participa la AECID en el marco que establece el IV Plan Director de la CE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6. El PAS de Salud no requiere realmente de indicadores para facilitar su seguimiento puesto que el PAS no recoge directrices vinculantes ni es un plan de acción, sino un documento con orientaciones sugeridas para la mejora de la eficacia en el sector salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.7. El PAS de Salud es un instrumento útil y relevante para orientar las decisiones presupuestarias e instrumentos de canalización de la ayuda a un determinado sector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8. El PAS de Salud es más una herramienta de apoyo para anclar el enfoque sectorial de salud en la AECID , que un instrumento estratégico-operativo con utilidad real y efectiva para influir en los procesos y toma de decisiones claves de la Agencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9. El PAS de Salud es un instrumento útil para facilitar la transversalización del sector salud en el resto de los sectores					
8.10. El PAS de Salud tiene un valor estratégico para afianzar el enfoque sectorial en la Agencia. Sin él se dificultaría que el enfoque sectorial pudiera influir en la toma de decisiones de procesos estratégicos de la AECID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11. El PAS de Salud ha tenido presente en su diseño y en su implementación ha facilitado la incorporación de los enfoques sectoriales de la CE (género y medioambiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12. El PAS de Salud ha generado un posicionamiento técnico que ha permitido orientar decisiones estratégicas sectoriales. Sin embargo, es la participación del personal técnico sectorial cualificado el factor clave para incidir en decisiones presupuestarias y procesos estratégicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13. El PAS de Salud ha sido un instrumento clave para mejorar el nivel de coherencia sectorial de las acciones en salud de la AECID, incrementando el grado de coordinación vertical (sede-terreno) y horizontal (coordinación de las unidades de sede entre si y entre las diferentes UCES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puedes hacer los comentarios que consideres oportunos sobre los puntos arriba señalados

9. ¿Consideras el PAS de Salud un instrumento útil para integrar la lógica geográfica, instrumental y sectorial atendiendo las diferentes demandas y necesidades que se plantean en terreno?

- a) En gran parte
- b) En parte
- c) Apenas
- d) En absoluto
- e) No aplica

10.¿Por qué?

11. En tu experiencia, ¿considera el PAS de Salud un instrumento útil para el diálogo de políticas sectorial con el país socios y otros socios para el desarrollo?

- a) En gran parte
- b) En parte
- c) Apenas
- d) En absoluto
- e) No aplica

12. ¿Por qué?

13. ¿Consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID?

- a) En gran parte
- b) En parte
- c) Apenas
- d) En absoluto
- e) No aplica

14. ¿Por qué?

15. ¿Consideras el PAS de Salud un instrumento útil para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación donde participa la AECID desde terreno?

- a) En gran parte
- b) En parte
- c) Apenas
- d) En absoluto
- e) No aplica

16. ¿Por qué?

17. ¿Sabes si se utilizó el PAS de Salud como un documento referente en los procesos de elaboración del MAP y del desarrollo de la Programación Operativa, aunque tú mismo no lo hayas utilizado?

- a) En gran parte
- b) En parte
- c) Apenas
- d) En absoluto
- e) No aplica

18. ¿Cuál fue la principal utilidad del PAS de Salud en los procesos de planificación en terreno? Marcar hasta un máximo de 3 opciones (Pregunta cerrada. Desplegar posibilidades)

- a) Contribuyó a definir el sector salud como sector prioritario o de concentración

- b) Contribuyó a la definición de decisiones estratégicas dentro del sector
- c) Orientó en el análisis del sector y la priorización sub-sectorial.
- d) Orientó la selección de modalidades, instrumentos y actores vinculándolo a la acción sectorial dentro del país
- e) Orientó el diálogo de políticas con el país socio y otros donantes fijando una posición definida y reconocible en el sector salud.
- f) Facilitó la coordinación de actores sectoriales en terreno
- g) Todas las anteriores
- h) No se utilizó
- i) Otras, especificar.....

Puede hacer algún comentario si lo desea

19. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con el PAS de Salud, prioriza entre los aspectos sugeridos qué elementos serían indispensables para contar con un instrumento útil y funcional con el fin de fortalecer la articulación de los enfoques sectorial, geográfico e instrumental en el marco de la eficacia de la ayuda y lo establecido por el IV PD. (1 corresponde al valor de mayor priorización y 4 al de menor)

	1	2	3	4
19.1. Contar con procedimientos y mecanismos concretos de articulación que garanticen la coordinación entre las Direcciones Geográficas y Sectorial para mejorar la calidad de los procesos estratégicos y el ciclo de gestión de las intervenciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2. Contar con un sistema integrado de información para tomar decisiones en sede y terreno, permitiendo mejorar la coherencia sectorial y la articulación vertical y horizontal de la Agencia sobre temas dentro del sector salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3. Dotar al PAS de un mayor valor estratégico y funcional para que sus líneas de acción, socios estratégicos, instrumentos, sean un referencia viva para los resultados que se persigan en los MAP y en la PO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4. Generación y desarrollo de capacidades técnicas sectoriales a través de una oferta de formación adecuada a las necesidades de los cargos para coadyuvar así a una mayor comprensión y aplicación de la lógica sectorial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.5. Contar con una planificación plurianual del Departamento de Cooperación Sectorial para el fortalecimiento del enfoque sectorial en la AECID, dotado de un presupuesto propio para su implementación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.6. Directrices claras y prácticas para transversalizar el sector salud en todas las actuaciones, de modo similar al trabajo que se está realizando con las prioridades horizontales de género y de medioambiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.7. Directrices sectoriales claras y prácticas para promover el trabajo intersectorial orientado a resultados de desarrollo integrales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.8. Contar con la voluntad política y afianzar el compromiso de los niveles directivos con la necesidad de fortalecer y hacer cada vez más funcional el enfoque y los contenidos sectoriales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.9. Disponer de los PAS estableciendo objetivos, metas en un tiempo dado, así como indicadores de gestión y desempeño para dar seguimiento a su implementación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puedes hacer los comentarios que consideres oportunos sobre los puntos arriba señalados

20. ¿Cuáles han sido las principales dificultades que se han encontrado en la aplicación del PAS-Salud?

21. ¿Qué líneas, acciones, socios, etc. deberían ser modificadas o eliminadas en una posible actualización del PAS de Salud y qué otras consideras que deberían incluirse atendiendo a los desafíos que enfrenta AECID actualmente y a la orientaciones recogidas en el IV PD?

22. ¿Qué características debería reunir un instrumento sectorial para que fuera funcional a tu trabajo sectorial diario y a los desafíos que actualmente enfrenta AECID en el periodo de vigencia del IV PD?

Propuesta de cuestionario dirigido a los/as coordinadores/as de las OTC

Evaluación del Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013

1. Sexo: Mujer - Hombre.
2. ¿Has trabajado en alguno de los siguientes países en los últimos 10 años? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Desplegable:

Argentina, Bolivia, El Salvador, Etiopía, Filipinas, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Mali, Marruecos, Mauritania, Mozambique, Nicaragua, Níger, Paraguay, Perú, Territorios Palestinos

3. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando para la AECID?

años _____ y meses _____

4. ¿Has participado en el proceso de elaboración del MAP y/o en el de Programación Operativa como coordinador de la OTC que ahora diriges?

5. ¿La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio?

Sí

No

- 5.a. ¿Cómo se encuentra presente actualmente el sector salud en el programa de cooperación de la CE en el país? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Desplegable:

- a) Sector prioritario o de concentración
- b) Intervención intersectorial que involucra al sector salud
- c) Intervenciones y apoyos concretos al sector
- d) Programa regional financiado por la CE con implementación en el país
- e) Implementación en el país de Iniciativas globales y fondos multilaterales cofinanciados por la CE

- 5.b. ¿Cuál es el presupuesto aproximado que la CE ha destinado al sector salud en el periodo 2011-2013 en el país donde trabajas actualmente? Incluir todas las modalidades de cooperación.

Desplegable:

- a) Hasta 200.000 euros
- b) Hasta 500.000 euros
- c) Hasta 1.000.000 euros
- d) Hasta 2.000.000 euros
- e) Más de 2.000.000 euros
- f) Más de 4.000.000 euros

5.c. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso.

Desplegable:

a) NÚMERO DE PERSONAS (1-2-3-4-)

b) PUESTOS INVOLUCRADOS

b-1. Responsable de Programa

b-2. Responsable de Proyecto

b-3. Asistencia Técnica

b-4. Técnico/a no especialista en el sector que asume funciones en el trabajo con el sector salud

b-5. Técnico/a no especialista que compagina esta responsabilidad con otras en otros sectores

b-6. Becario/a

c) FORMACIÓN GENERAL DE LOS RR.HH. DESTINADOS AL SECTOR

c-1. Experto/a especialista en salud.

c-2. Formación especializada en salud y cooperación

c-3. Sin formación específica, pero con experiencia de trabajo en el sector superior a los 2 años

c-4. Sin formación ni experiencia de trabajo en el sector superior a 2 años.

5.d. ¿Quiénes son los principales socios en las intervenciones en salud que se desarrollan en el país?. (Pregunta cerrada. Desplegar posibilidades)

a) Ministerio de Salud en el país

b) Otros Ministerios en el país

d) ONGD en el país

e) ONGD españolas

f) NN.UU.

g) Otros países donantes

i) Países de la CE con acuerdos bilaterales con el país

h) Iniciativa globales con presencia en el país

e) Otros, especificar

5.e. ¿Por qué no se priorizó el sector salud? Marcar un máximo de 3. (Pregunta cerrada. Desplegar posibilidades)

a) No ha sido demandado apoyo en este sector dentro del diálogo de políticas con el país socios

b) La CE no presentaba un valor añadido en el país para el trabajo dentro del sector

c) El principio de concentración sectorial ha obligado a focalizar esfuerzos en otros sectores

d) Se trabaja dentro del sector salud desde un enfoque intersectorial.

e) No hay trayectoria de trabajo de la CE en este sector en el país

e) Otros, especificar

6. Desde tu experiencia ¿consideras los PAS un instrumento útil para el trabajo sectorial que desarrolla la AE-CID en los países socios?

f) En gran parte

g) En parte

h) Apenas

i) En absoluto

j) No aplica

7. ¿Por qué?

8. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con los Planes de Actuación Sectorial, consideras que...

	En gran parte	En parte	Apenas	En absoluto	No sabe
8.1. Son un instrumento útil para la alineación con el marco de políticas del país socio en el sector correspondiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Son un instrumento útil para orientar el proceso de priorización sectorial y sub-sectorial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. Permite fortalecer la coordinación y articulación entre los diferentes actores de la CE, de la AECID y/o con otros socios para el desarrollo (p.ej. donantes o países socios) en terreno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. Son un instrumento útil y relevante para orientar y contribuir a la toma de decisiones sectoriales en los procesos estratégicos donde participa la AECID.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5. Son un instrumento útil y relevante para orientar las decisiones presupuestarias e instrumentos de canalización de la ayuda a un determinado sector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6. Son un instrumento útil para integrar la lógica geográfica, instrumental y sectorial atendiendo las diferentes demandas y necesidades que se plantean en terreno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7. Son un instrumento útil para el diálogo de políticas sectorial con el país socios y otros socios para el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8. Son más una herramienta de apoyo que un instrumento estratégico-operativo con utilidad real y efectiva para influir en los procesos y toma de decisiones claves de la Agencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9. Tienen un valor estratégico para afianzar el enfoque sectorial en la Agencia. Sin él se dificultaría que el enfoque sectorial pudiera influir en la toma de decisiones de procesos estratégicos de la AECID.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10. Son un instrumento clave para mejorar el nivel de coherencia sectorial de las acciones de la AECID, incrementando el grado de coordinación vertical (sede-terreno) y horizontal (coordinación de las unidades de sede entre si y entre las diferentes UCES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puedes hacer los comentarios que consideres oportunos sobre los puntos arriba señalados

9. ¿Consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID, tanto en sede como en terreno?

- f) En gran parte
- g) En parte
- h) Apenas
- i) En absoluto
- j) No aplica

10. ¿Por qué?

11. ¿Consideras el PAS de Salud un instrumento útil para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación donde participa la AECID desde terreno?

- f) En gran parte
- g) En parte
- h) Apenas
- i) En absoluto
- j) No aplica

11. ¿Por qué?

12. ¿En el trabajo desarrollado en la OTC durante los procesos de elaboración del MAP y del desarrollo de la Programación Operativa, se utilizaron los PAS como documentos de referencia contribuyendo a orientar ambos procesos?

- f) En gran parte
- g) En parte
- h) Apenas
- i) En absoluto
- j) No aplica

13. ¿Cuál fue la principal utilidad de los PAS en los procesos de planificación en terreno? Marcar hasta un máximo de 3 opciones (Pregunta cerrada. Desplegar posibilidades)

- j) Contribuyó a definir los sectores prioritarios o de concentración
- k) Contribuyó a la definición de decisiones estratégicas dentro de los sectores
- l) Orientó el análisis de los sectores y la priorización sub-sectorial.
- m) Orientó la selección de las modalidades, instrumentos y actores vinculándolo a la acción sectorial dentro del país.
- n) Ofreció un marco de referencia para la definición de intervenciones en los sectores
- o) Orientó el diálogo de políticas con el país socio y otros donantes fijando una posición definida y reconocible en los sectores de trabajo en el país.
- p) Facilitó la coordinación de actores en terreno
- q) Todas las anteriores
- r) No se utilizó
- s) Otras, especificar.....

Puede hacer algún comentario si lo desea

15. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con los PAS, prioriza entre los aspectos sugeridos qué elementos serían indispensables para contar con un instrumento útil y funcional con el fin de fortalecer la articulación de los enfoques sectorial, geográfico e instrumental en el marco de la eficacia de la ayuda y lo establecido por el IV PD. (1 corresponde al valor de mayor priorización y 4 al de menor)

	1	2	3	4
15.1. Contar con procedimientos y mecanismos concretos de articulación que garanticen la coordinación entre las Direcciones Geográficas y Sectorial para mejorar la calidad de los procesos estratégicos y el ciclo de gestión de las intervenciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2. Contar con un sistema integrado de información sectorial para facilitar la toma de decisiones en sede y terreno basado en evidencias y aprendizajes de trabajo sectoriales de la CE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3. Dotar al PAS de un mayor valor estratégico y funcional para que sus líneas de acción, socios estratégicos, instrumentos, sean un referencia viva para los resultados que se persigan en los MAP y en la PO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4. Generación y desarrollo de capacidades técnicas sectoriales a través de una oferta de formación adecuada a las necesidades de los cargos para coadyuvar así a una mayor comprensión y aplicación de la lógica sectorial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5. Contar con una planificación plurianual del Departamento de Cooperación Sectorial para el fortalecimiento del enfoque sectorial en la AECID, dotado de un presupuesto propio para su implementación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6. Directrices sectoriales claras y prácticas para promover el trabajo intersectorial orientado a resultados de desarrollo integrales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7. Contar con la voluntad política y afianzar el compromiso de los niveles directivos con la necesidad de fortalecer y hacer cada vez más funcional el enfoque y los contenidos sectoriales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8. Disponer de los PAS estableciendo objetivos, metas en un tiempo dado, así como indicadores de gestión y desempeño para dar seguimiento a su implementación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puedes hacer los comentarios que consideres oportunos sobre los puntos arriba señalados

16. ¿Considera que con las capacidades institucionales y técnicas actuales de la AECID es posible trabajar eficazmente bajo enfoques intersectoriales?

- f) En gran parte
- g) En parte
- h) Apenas
- i) En absoluto
- j) No sabe

17. ¿Considera que la AECID debe hacer una mayor esfuerzo por fortalecer los contenidos y el diálogo sectorial en terreno?

- f) En gran parte
- g) En parte
- h) Apenas
- i) En absoluto
- j) No sabe¿Cómo?

18. ¿Cuáles consideras que han sido las principales dificultades y obstáculos para la implementación de los PAS?

19. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con los PAS ¿qué características debería reunir un instrumento sectorial para que fuera funcional a los desafíos que actualmente enfrenta AECID en el periodo de vigencia del IV PD?

6 Anexo 6. Resultados del Cuestionario: Red de Expertos/as en Salud y Coordinadores/as

Resultados cuestionario dirigido a los/aintegrantes de la Red de Expertos/as en Salud

Perfil de la persona encuestada

1. Sexo

Tabla 1. Sexo

Sexo	N	%
Hombre	9	39,1%
Mujer	14	60,9%
Total	23	100,0%

2. ¿Has trabajado en alguno de los siguientes países en los últimos 10 años? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Tabla 2. Países

Países	N	%*
Argentina	0	0,0%
Bolivia	3	13,0%
El Salvador	4	17,4%
Etiopía	2	8,7%
Filipinas	3	13,0%
Guatemala	2	8,7%
Guinea Ecuatorial	1	4,3%
Mali	1	4,3%
Marruecos	5	21,7%
Mauritania	2	8,7%
Mozambique	1	4,3%

Países	N	%*
Nicaragua	2	8,7%
Níger	1	4,3%
Paraguay	4	17,4%
Perú	3	13,0%
Territorios Palestinos	0	0,0%
Colombia	3	13,0%
Honduras	1	4,3%
Estados Unidos	1	4,3%
Ecuador	1	4,3%
Total	40	% (23 pers.)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (23)



3. ¿Cuánto tiempo llevas en su puesto actual?

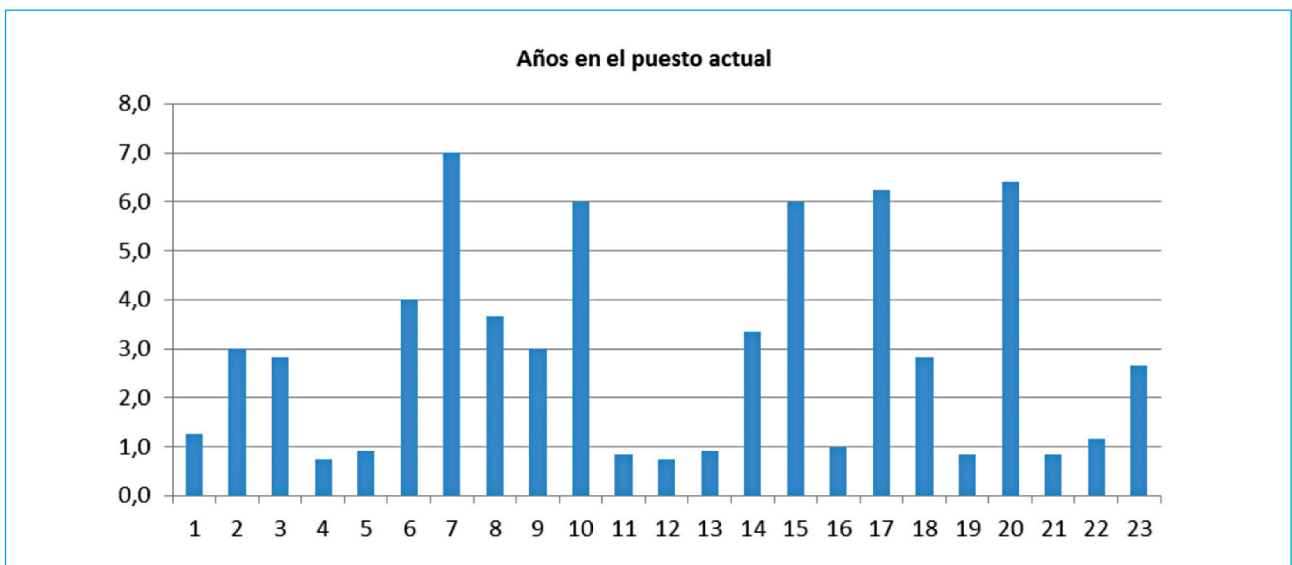


Tabla 3. Años puesto actual

Respuesta	Años
1	1,3
2	3,0
3	2,8
4	0,8
5	0,9
6	4,0
7	7,0
8	3,7
9	3,0
10	6,0
11	0,8
12	0,8

Respuesta	Años
13	0,9
14	3,3
15	6,0
16	1,0
17	6,3
18	2,8
19	0,8
20	6,4
21	0,8
22	1,2
23	2,7
Media	2,9

4. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando para la AECID?

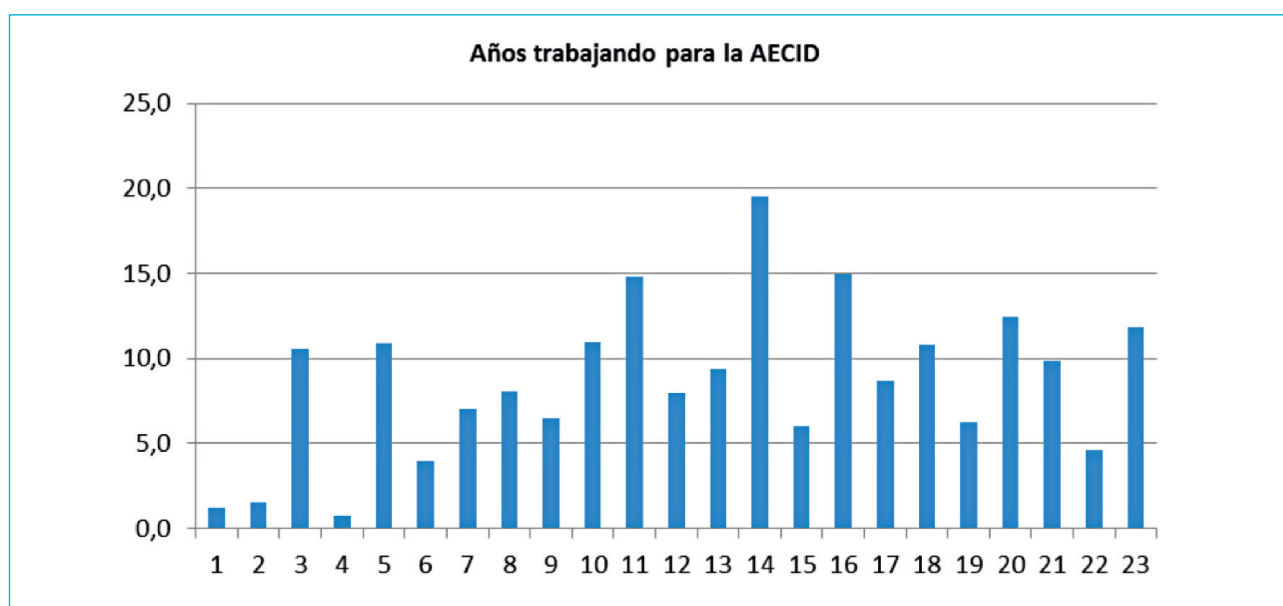


Tabla 4. Años trabajando para la AECID

Respuesta	Años
1	1,3
2	1,5
3	10,6
4	0,8
5	10,9
6	4,0
7	7,0
8	8,1
9	6,5
10	11,0
11	14,8
12	8,0

Respuesta	Años
13	9,4
14	19,5
15	6,0
16	15,0
17	8,7
18	10,8
19	6,3
20	12,4
21	9,8
22	4,6
23	11,8
Media	8,6

Situación del sector salud en el país donde trabaja la persona encuestada

5. ¿La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio?

Tabla 5. Respuesta 5

Respuesta 5	N	%
Sí	16	69,6%
No	7	30,4%
Total	23	100,0%

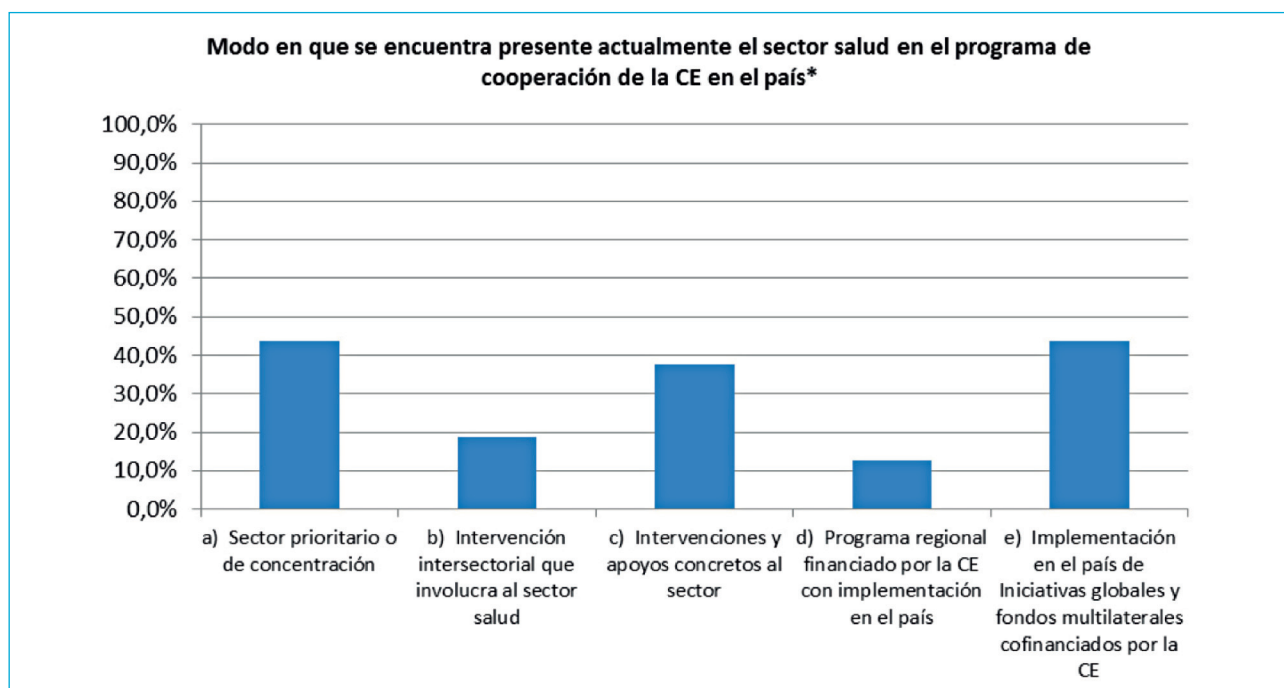
La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio

5.a. ¿Cómo se encuentra presente actualmente el sector salud en el programa de cooperación de la CE en el país? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Tabla 6. Respuesta 5.a

Respuesta 5.a	N	%*
a) Sector prioritario o de concentración	7	31,8%
b) Intervención intersectorial que involucra al sector salud	3	13,6%
c) Intervenciones y apoyos concretos al sector	6	27,3%
d) Programa regional financiado por la CE con implementación en el país	2	9,1%
e) Implementación en el país de Iniciativas globales y fondos multilaterales cofinanciados por la CE	7	31,8%
Total	25	% (16 pers.)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (16)



5.b. ¿Eres actualmente la persona responsable del sector salud o la persona encargada de “llevar” las intervenciones y cuestiones vinculadas a este sector dentro de la OTC donde trabajas?

Tabla 7. Respuesta 5.b

Respuesta 5.b	N	%
Sí	14	87,5%
No	2	12,5%
Total	16	100,0%

La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio y actualmente eres la persona responsable del sector salud o la persona encargada de “llevar” las intervenciones y cuestiones vinculadas a este sector dentro de la OTC donde trabajas

5.b.1a ¿Qué promedio de horas semanales dedicas a trabajar en el sector salud?

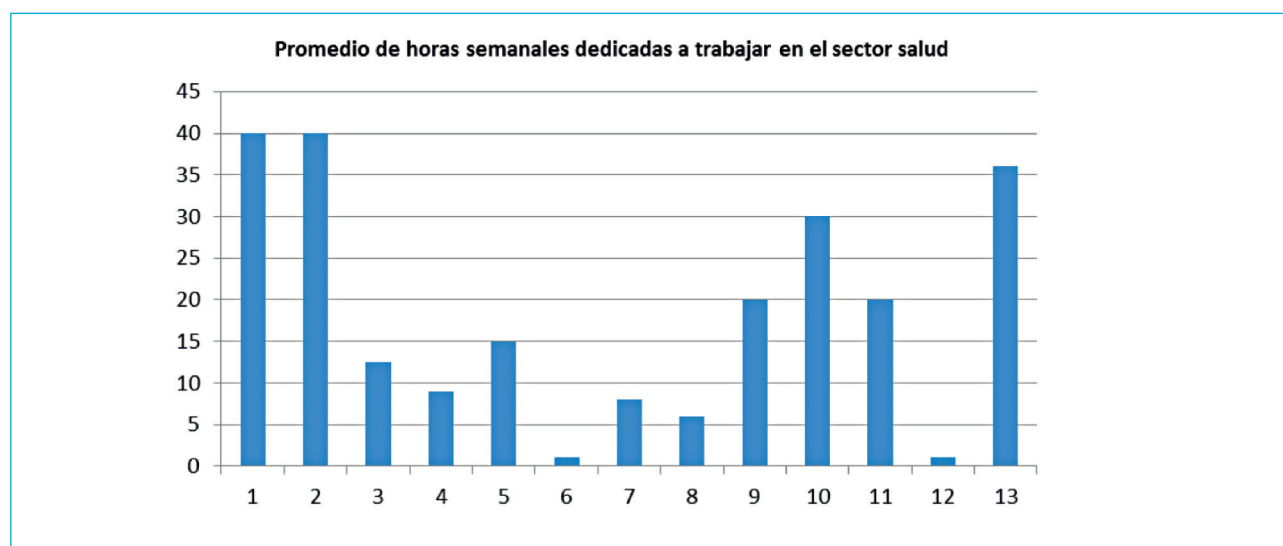


Tabla 8. Respuesta 5.b.1a

Respuesta 5.b.1a	Horas
1	40
2	40
3	13
4	9
5	15
6	1
7	8
8	6
9	20
10	30
11	20
12	1
13*	36
Media	18

*Estimación realizada en base al porcentaje de horas semanales dedicadas a trabajar en salud referenciando a jornada laboral completa.

5.b.1b ¿Tienes formación especializada en salud?

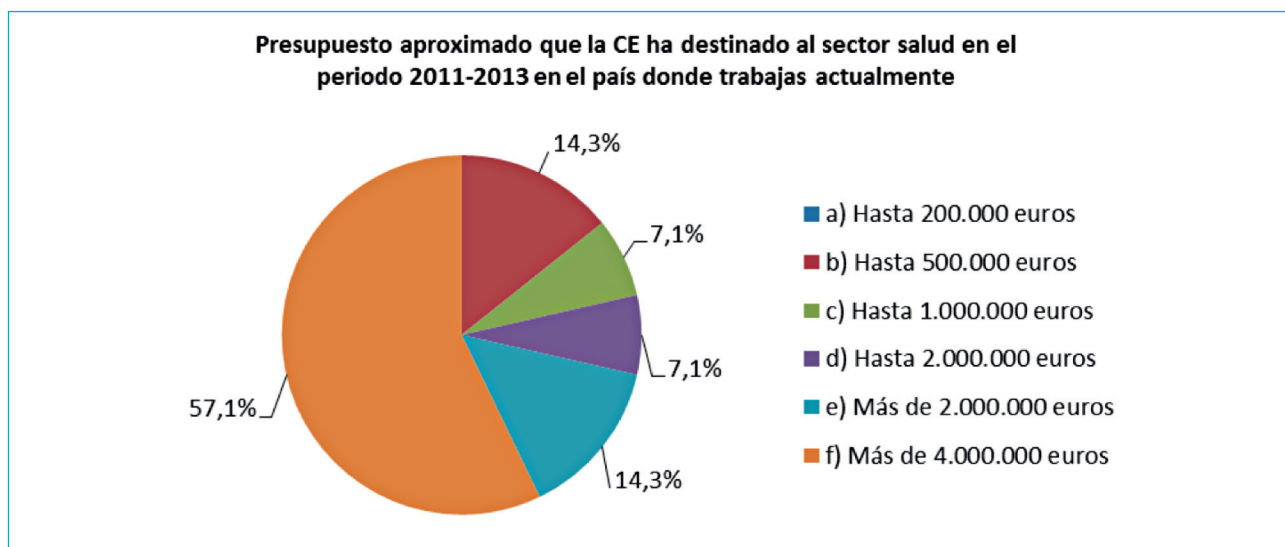
Tabla 9. Respuesta 5.b.1b

Respuesta 5.b.1b	N	%
No	7	50,0%
Sí	7	50,0%
Total	14	100,0%

5.c. ¿Cuál es el presupuesto aproximado que la CE ha destinado al sector salud en el periodo 2011-2013 en el país donde trabajas actualmente? Incluir todas las modalidades de cooperación.

Tabla 10. Respuesta 5.c

Respuesta 5.c	N	%
a) Hasta 200.000 euros	0	0,0%
b) Hasta 500.000 euros	2	14,3%
c) Hasta 1.000.000 euros	1	7,1%
d) Hasta 2.000.000 euros	1	7,1%
e) Más de 2.000.000 euros	2	14,3%
f) Más de 4.000.000 euros	8	57,1%
Total	14	100,0%



5.d. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? A) NÚMERO DE PERSONAS

Tabla 11. Número de personas

Número de personas	N	%
1	13	92,9%
2	1	7,1%
Total	14	100,0%

5.d. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso. B) PUESTOS INVOLUCRADOS

Tabla 12. Puestos Involucrados

Puestos involucrado	N	%
b-1. Responsable de Programa	9	64,3%
b-2. Responsable de Proyecto	5	35,7%
b-3. Asistencia Técnica	0	0,0%
b-4. Técnico/a no especialista en el sector que asume funciones en el trabajo con el sector salud	0	0,0%
b-5. Técnico/a no especialista que compagina esta responsabilidad con otras en otros sectores	0	0,0%
b-6. Becario/a	0	0,0%
Total	14	100,0%

5.d. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso. C) FORMACIÓN GENERAL DE LOS RR.HH. DESTINADOS AL SECTOR.

Tabla 13. Formación general de los RR.HH. destinados al sector

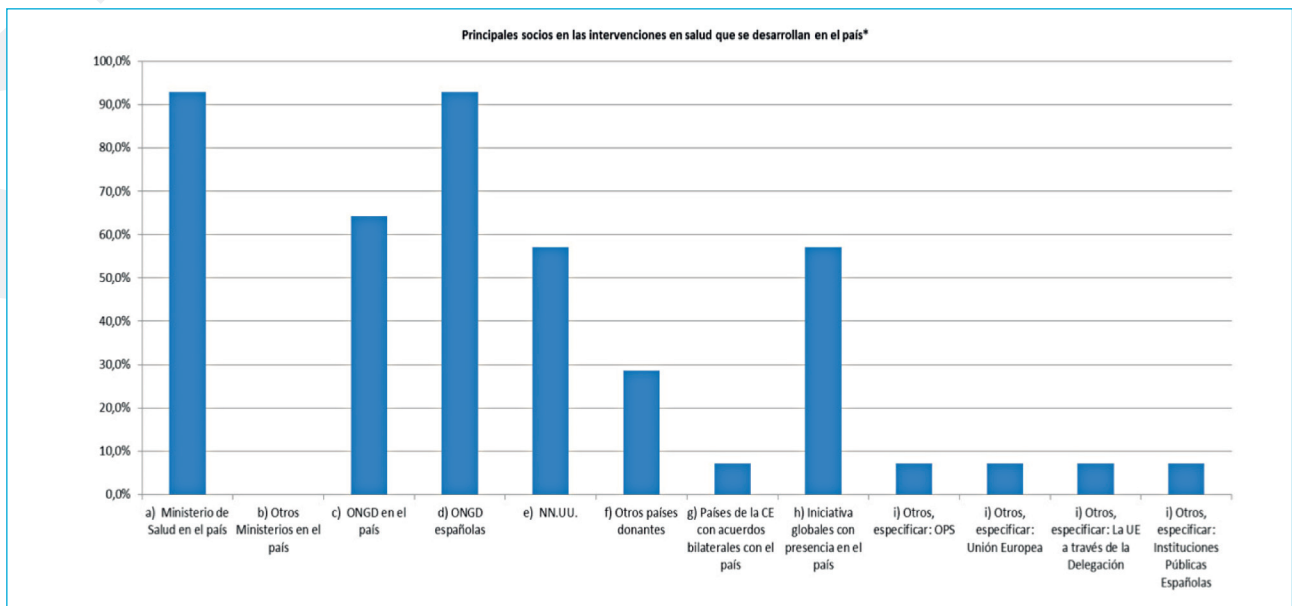
Formación general de los RR.HH. destinados al Sector	N	%
c-1. Experto/a especialista en salud	3	21,4%
c-2. Formación especializada en salud y cooperación	4	28,6%
c-3. Sin formación específica, pero con experiencia de trabajo en el sector superior a los 2 años	5	35,7%
c-4. Sin formación ni experiencia de trabajo en el sector superior a 2 años	2	14,3%
Total	14	100,0%

5.e. ¿Quiénes son los principales socios en las intervenciones en salud que se desarrollan en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso

Tabla 14. Principales socios

Principales socios	N	%*
a) Ministerio de Salud en el país	13	92,9%
b) Otros Ministerios en el país	0	0,0%
c) ONGD en el país	9	64,3%
d) ONGD españolas	13	92,9%
e) NN.UU.	8	57,1%
f) Otros países donantes	4	28,6%
g) Países de la CE con acuerdos bilaterales con el país	1	7,1%
h) Iniciativa globales con presencia en el país	8	57,1%
i) Otros, especificar: OPS	1	7,1%
i) Otros, especificar: Unión Europea	1	7,1%
i) Otros, especificar: La UE a través de la Delegación	1	7,1%
i) Otros, especificar: Instituciones Públicas Españolas	1	7,1%
Total	60	% (14 pers.)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (14)



La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio y actualmente no eres la persona responsable del sector salud o la persona encargada de "llevar" las intervenciones y cuestiones vinculadas a este sector dentro de la OTC donde trabajas / La Cooperación Española no trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio

5.b.2a. ¿En qué sector desempeña actualmente sus funciones?

Tabla 15. Sector

Sector	N	%*
Agua y Saneamiento	1	11,1%
Crecimiento económico para la reducción de la pobreza	1	11,1%
Educación	1	11,1%
Eficacia y Calidad de la Ayuda	1	11,1%
Género	3	33,3%
Trabajo	1	11,1%
Gobernabilidad	2	22,2%
Estado de Derecho	1	11,1%
Sociedad Civil	1	11,1%
Total	12	% (9 pers)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (9)

5.b.2b. ¿Tienes formación especializada en salud?

Tabla 16. Respuesta 5.b.2b

Respuesta 5.b.2b	N	%
No	5	55,6%
Sí	4	44,4%
Total	9	100,0%

Motivo por el que no se priorizó salud como sector

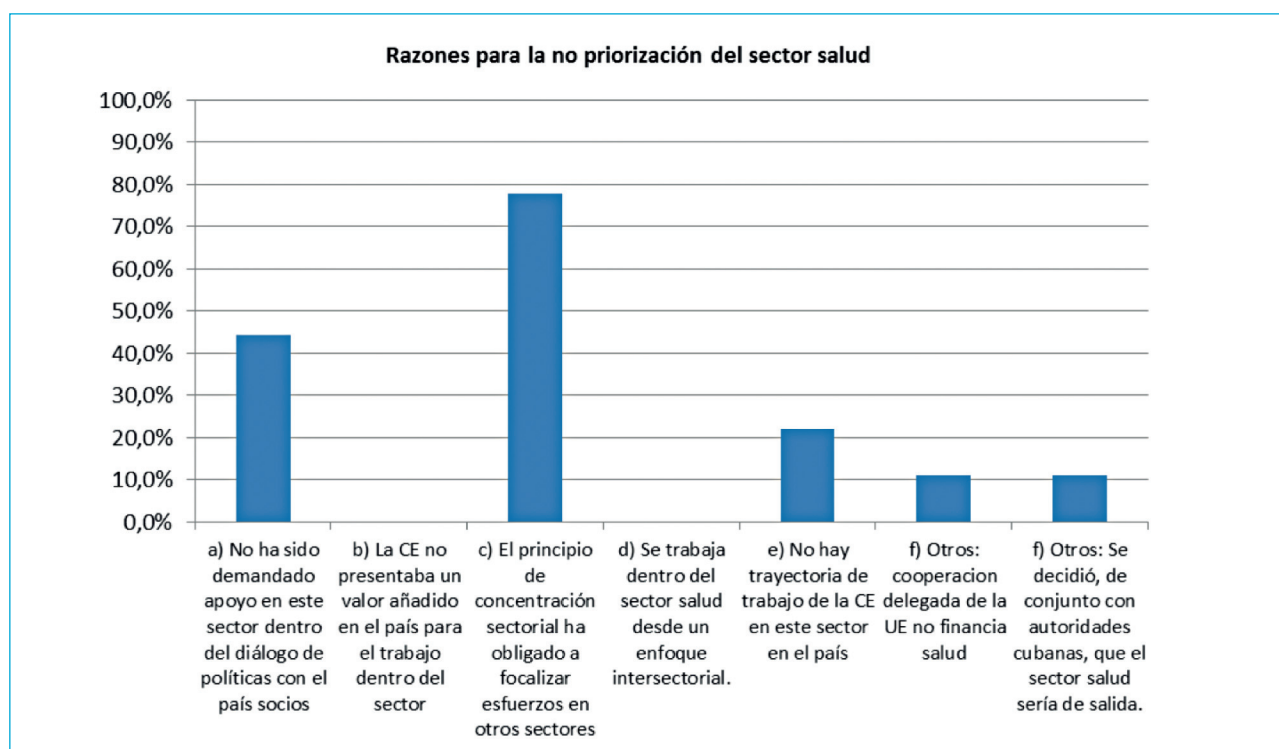
La Cooperación Española no trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio

5.b.2c. ¿Por qué no se priorizó el sector salud? Marcar un máximo de 3

Tabla 17. Respuesta 5.b.2c

Respuesta 5.b.2c	N	%*
a) No ha sido demandado apoyo en este sector dentro del diálogo de políticas con el país socios	4	44,4%
b) La CE no presentaba un valor añadido en el país para el trabajo dentro del sector	0	0,0%
c) El principio de concentración sectorial ha obligado a focalizar esfuerzos en otros sectores	7	77,8%
d) Se trabaja dentro del sector salud desde un enfoque intersectorial.	0	0,0%
e) No hay trayectoria de trabajo de la CE en este sector en el país	2	22,2%
f) Otros: cooperación delegada de la UE no financia salud	1	11,1%
f) Otros: Se decidió, de conjunto con autoridades cubanas, que el sector salud sería de salida.	1	11,1%
Total	15	% (9 pers)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (9)



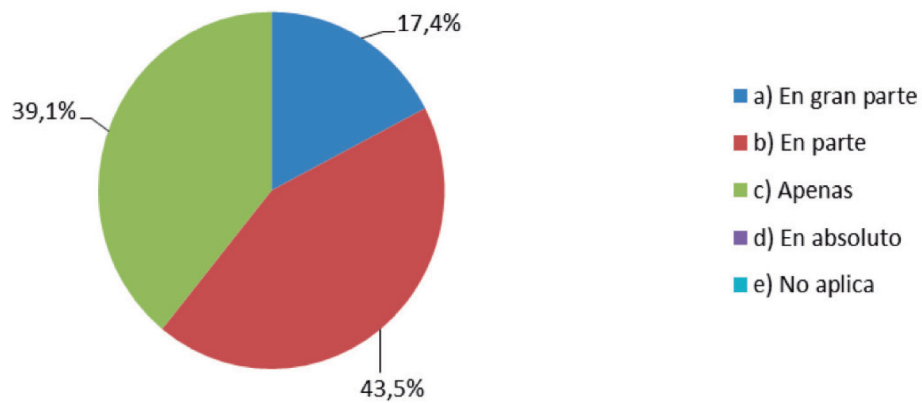
Consideraciones sobre el PAS de Salud

9. ¿Consideras el PAS de Salud un instrumento útil para integrar la lógica geográfica, instrumental y sectorial atendiendo las diferentes demandas y necesidades que se plantean en terreno?

Tabla 18. Grado 9

Grado 9.	N	%
a) En gran parte	4	17,4%
b) En parte	10	43,5%
c) Apenas	9	39,1%
d) En absoluto	0	0,0%
e) No aplica	0	0,0%
Total	23	100,0%

Grado en que consideras el PAS de Salud un instrumento útil para integrar la lógica geográfica, instrumental y sectorial atendiendo las diferentes demandas y necesidades que se plantean en terreno



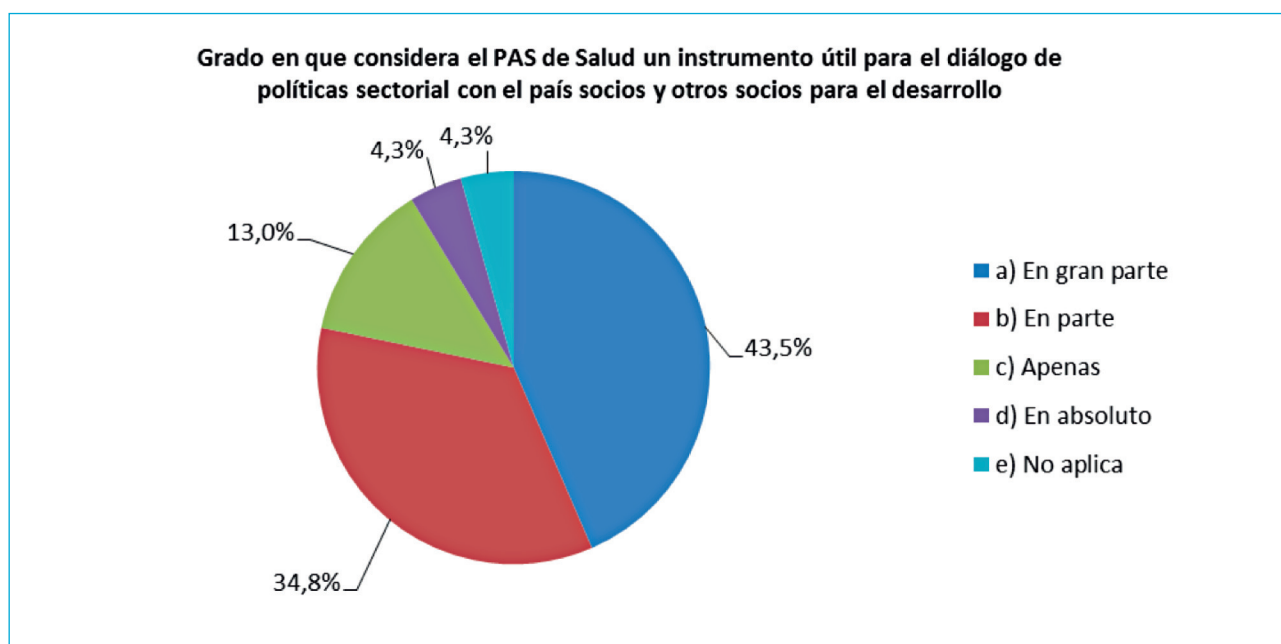
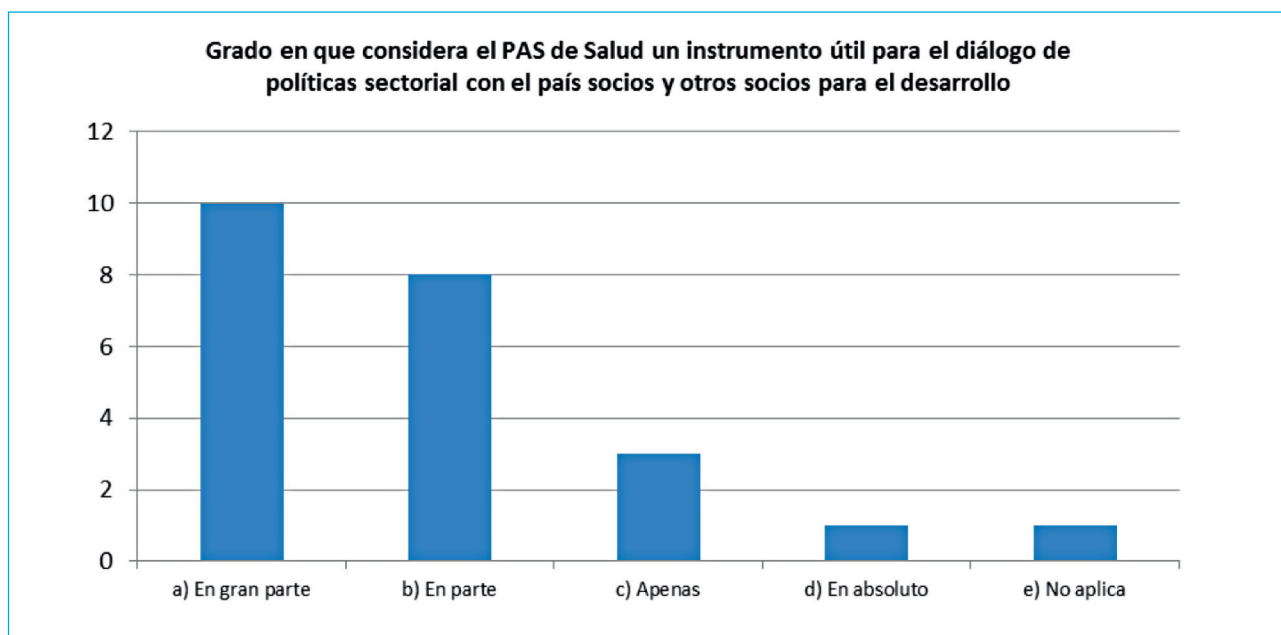
10. ¿Por qué?

1	Porque en gran medida otras directrices como el MAP (acordado según las necesidades del país socio, sin que éste se oriente por el PAS), POAS de Fondos Españoles en Multilaterales, etc no integran el PAS, por lo que es a veces difícil reconciliar las distintas lógicas.
2	A mi modo de entender es más bien el MAP que tendría estas características.
3	Los distintos elementos que se citan parecen tener su propia dinámica de desarrollo, el PAS da orientaciones, pero creo que no llega a influir de manera suficiente en la previsibilidad y ordenación de recursos.
4	Creo que el PAS afianza el enfoque sectorial lo que dificulta la transversalización del sector salud a otros sectores y/o en MAPs que tienen un enfoque de desarrollo en vez de sectorial.
5	Para ello es más útil el MAP.
6	El PAS de salud es el instrumento clave para integrar la salud de forma regional según las prioridades de cada zona.
7	Porque debe aterrizar en cada país.
8	El PAS ofrece un marco pero al final el principal instrumento que regula la lógica geográfica y sectorial es el presupuesto asignado a cada uno de los instrumentos disponibles.
9	Desde el punto de vista del trabajo en una OTC, el PAS se ha utilizado únicamente en los procesos de definición estratégica.
10	Porque las necesidades en el terreno siguen a veces otras lógicas que no se han podido recoger en el PAS, o porque a veces los intereses y las experiencias son otras.
11	Creo que en la lógica instrumental han influido otras muchas consideraciones y no tengo tan claro cómo ha influido en la lógica geográfica
12	Debería serlo, pero no sé qué tanto lo hemos logrado, pues cada instrumento o mecanismo va por su lado: la cooperación bilateral con fondos canasta, y desde 2012-3 ha dejado de ser sector prioritario. Al mismo tiempo se sigue trabajando con ONGD españolas y multilaterales- con estas últimas tenemos bastante desconocimiento en terreno, con honrosas excepciones. Y a su vez AECID financia fondos mundiales o regionales, que tienen poquísima o nula vinculación con otras actuaciones en el terreno para hacer complementariedad o armonización, sobre todo ahora que se ha reducido el aporte bilateral
13	Como instrumento es útil, sin embargo pierde utilidad al no ser aplicado, Salud ha salido de la mayor parte de MAP incluso en países donde la Salud es prioritaria para sus gobiernos nacionales: Ecuador, Bolivia... No se logró monitorear y evaluar el PAS, por lo que cada país hizo lo que quiso, tampoco se logró la coherencia necesaria entre la geográfica y la sectorial, siguen siendo 2 mundos separados, por lo que es imposible aplicar criterios que garanticen la efectividad de nuestras intervenciones efectividad y nuestro valor añadido y ventaja comparativa. Resumiendo que necesitamos algo más que instrumentos útiles, necesitamos una completa reingeniería de la AECID en sede y terreno, mejora técnica de nuestros profesionales y mayor coherencia interna dentro de la propia AECID.
14	El PAS de Salud ha incorporado la experiencia y las lecciones aprendidas del trabajo en los países socios. Las demandas y necesidades de los países socios, sus prioridades, políticas y estrategias son las que deben definir los programas sectoriales en cada país.
15	Las lógicas geográficas e instrumentales son independientes a la lógica sectorial. Pesa más, en general, y en esta coyuntura específica la concentración regional más fundamentada en sectores como crecimiento económico y la posibilidad de aplicación de nuevos instrumentos de cooperación (cooperación delegada, apps)
16	Me parece que el PAS tal y como ha estado concebido no facilita el tránsito a GpRD de la Agencia por mantener una mirada muy "sectorial" que quizás no resulte tan funcional cuando se habla de RD (no necesariamente sectoriales). Creo que el PAS como documento que fija posición de AECID quizás debería distinguir distintas zonas (países, regiones) en donde estamos, no es lo mismo (o no debería serlo) nuestra posición en un PMA que en PRM. Creo que el PAS tampoco ha ayudado a compatibilizar una visión país (MAP) con posibles miradas (agendas) subregionales y regionales. Creo que esto está generando disfuncionalidades en algunas decisiones estratégicas.
17	Es un documento de referencia importante para quien trabaja en un sector, poder consultar las prioridades del sector y atender las demandas y necesidades que se planteen en función de lo planificado.

11. En tu experiencia, ¿considera el PAS de Salud un instrumento útil para el diálogo de políticas sectorial con el país socios y otros socios para el desarrollo?

Tabla 19. Grado 11

Grado 11.	N	%
a) En gran parte	10	43,5%
b) En parte	8	34,8%
c) Apenas	3	13,0%
d) En absoluto	1	4,3%
e) No aplica	1	4,3%
Total	23	100,0%



12. ¿Por qué?

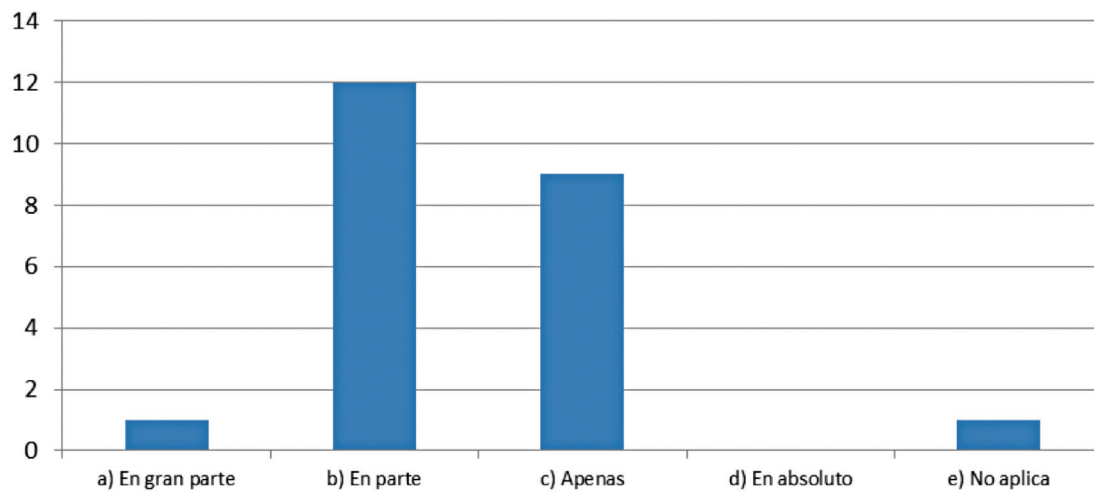
1	Al menos para la CE da una base estratégica sobre la que partir.
2	Como se dijo anteriormente, esta función la tendría un MAP que es un documento vinculante al país socio en términos de compromisos y estrategias de desarrollo.
3	Nos basamos en los documentos estratégicos nacionales en el dialogo con el país socio y otros socios.
4	El PAS establece prioridades estratégicas/ejes de acción pero creo que no da las herramientas para tener un diálogo de políticas sobre como posicionar esas estrategias/ejes de acción a nivel país
5	Nos sirve de guía para el uso de nuestro valor añadido en el sector.
6	Porque nos brinda orientaciones para el diálogo sobre políticas públicas.
7	El PAS no proporciona herramientas concretas para el diálogo, es un documento general y muy amplio. La Guía para el Diálogo de Políticas en el sector salud que se está elaborando ahora cubrirá ese gap.
8	Sirve de referente sobre la posición de la CE en cuanto a los compromisos internacionales en materia de salud
9	Sin duda puede ser útil, pero ha habido muy poca apropiación del documento en terreno y uno de los ejes, el de fortalecimiento de la AECID ha sido casi inexistente.
10	Sería útil si se usara, pero no ha sido así.
11	Aunque he participado en la construcción del PAS de salud, he estado ausente de la agencia durante el período más crítico de su implementación.
12	Porque sus líneas estratégicas son muy coherentes con el momento y necesidades sanitarias del país
13	Da el marco estratégico para la el dialogo con los países socios y a lo interno, pero no nos hemos apropiado y usado suficientemente
14	Necesitamos reforzar la capacidad técnica de nuestros recursos humanos en sede y terreno para poder dialogar. En terreno existen solamente 2 Responsables de Programas con Máster en Salud Pública, no ha habido procesos de formación sanitaria y no hay gestión del Conocimiento. No se ha invertido nada en el ámbito de mejorar nuestra capacidad de establecer dialogo de políticas sanitarias.
15	Porque ha incorporado las necesidades y prioridades de los países socios.
16	Porque centra las líneas importantes de trabajo, focalizando el diálogo en la potenciación de los servicios públicos con garantías de llegada a las poblaciones potencialmente excluidas de los sistemas evitando de esta forma demandas de los socios relativas a financiación dirigida a sufragar meros gastos de funcionamiento (siempre infinitos)
17	Fija nuestra posición de partida en cualquier negociación sectorial.
18	En países con relación totalmente horizontal de socios, el PAS es una guía e instrumento útil para definir una línea común de trabajo.
19	Da las líneas prioritarias sobre las que enmarcarse.

13. ¿Consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID?

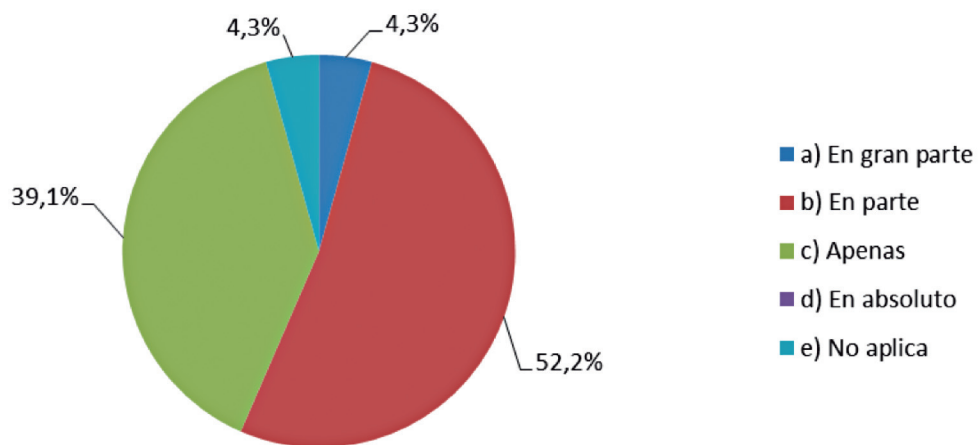
Tabla 20. Grado 13

Grado 13.	N	%
a) En gran parte	1	4,3%
b) En parte	12	52,2%
c) Apenas	9	39,1%
d) En absoluto	0	0,0%
e) No aplica	1	4,3%
Total	23	100,0%

Grado en que consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID



Grado en que consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID



14. ¿Por qué?

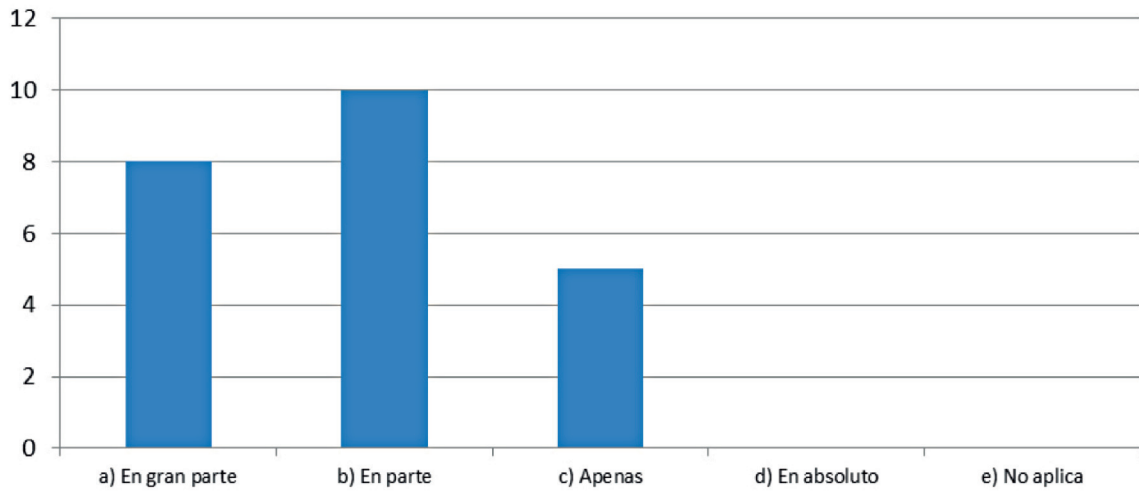
1	No considero que estén debidamente integrados en todos los instrumentos de cooperación (sobre todo en aportaciones a multilaterales, fondos, etc).
2	Habría que vincularlo más con los Planes Directores y promover su utilización como un documento de referencia útil.
3	Efectivamente se tiene en consideración a distintos niveles de la institución.
4	Es el único marco de referencia sectorial, por tanto creo que es utilizado y sí está apropiado dentro de la AECID y sus socios
5	Podría ser mayor.
6	Porque no se ha difundido tanto ni se hace seguimiento a las OTCs que se incluya en las formulaciones de las intervenciones.
7	Creo que el PAS está apropiado más por la Dirección Sectorial que por las Direcciones Geográficas a las que están más vinculadas las OTCs, por lo tanto, hay también muchas diferencias entre el grado de apropiación del terreno.
8	Desde un principio ha habido poca implicación en su formulación, en su seguimiento...sin duda es un documento interesante sin embargo considero que no hay una buena apropiación del documento por parte de la AECID (al menos en terreno).
9	Por la tradicional compartimentalización de la AECID y la lógica vertical del personal directivo.
10	Misma razón que antes.
11	A nivel técnico
12	Sobretudo en la línea estratégica 3 , pues como planteaba en otra pregunta la armonización y complementariedad que sugiere la línea estratégica 3 está lejos de cumplirse.
13	No dispongo de las cifras exactas de los últimos años, pero creo que estamos cada vez más lejos de "más AECID en salud y mejor salud en la AECID". No hemos logrado la meta del aumento del apoyo presupuestario o programático. No hemos especializado a los RRHH
14	Porque se ha elaborado basándose en las experiencias de trabajo del sector salud en los países socios.
15	En la última reunión de expertos se habló claramente de su revisión y modificación
16	Son aún una herramienta nueva, y hace falta tiempo para que se adecúe el trabajo y la toma de decisiones a esta nueva metodología.

15. ¿Consideras el PAS de Salud un instrumento útil para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación donde participa la AECID desde terreno?

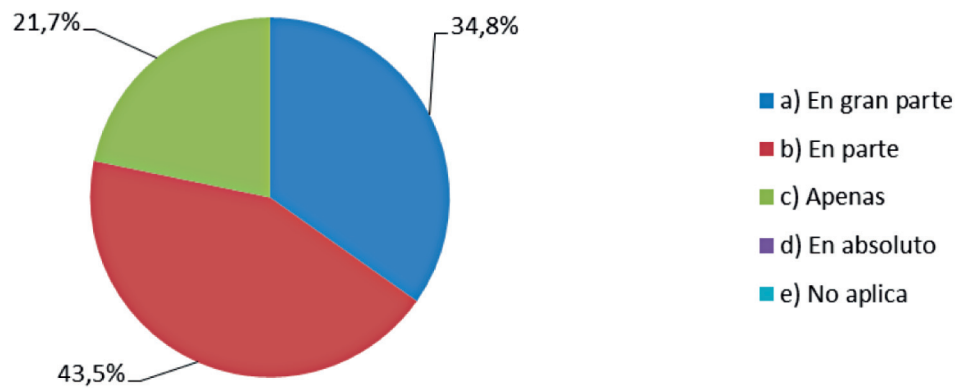
Tabla 21. Grado 15

Grado 15.	N	%
a) En gran parte	8	34,8%
b) En parte	10	43,5%
c) Apenas	5	21,7%
d) En absoluto	0	0,0%
e) No aplica	0	0,0%
Total	23	100,0%

Grado de utilidad del PAS de Salud para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación donde participa la AECID desde terreno



Grado de utilidad del PAS de Salud para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación donde participa la AECID desde terreno



16. ¿Por qué?

1	Porque estos procesos están principalmente basados en el MAP que a su vez no siempre integra el PAS.
2	Ver 12
3	Da orientaciones estratégicas al conjunto de las oficinas y de alguna manera una visión coherente, a pesar de las grandes diferencias entre países.
4	Como mencioné anteriormente el PAS es muy general y agrupa muchos ejes: sirve para acompañar procesos operativos pero creo que no estratégicos.
5	Es imprescindible para ello.
6	Porque sería nuestra hoja de ruta en ese sector.
7	Sí, es un documento útil para la programación operativa de la AECID.
8	Sirve como referente orientador en un primer momento, si bien las prioridades marcadas en políticas y planes nacionales del país socio son los que determinan
9	Es el personal en el terreno el que más en cuenta tiene el PAS cuando el instrumento de financiación se lo permite.
10	Sí en el caso del proceso de reorientación del trabajo en el sector
11	Es muy general, y es difícil ver el valor agregado de cooperación española, a pesar de tenerlo, por la larga trayectoria de trabajo con el sector salud, y también con ONGD españolas con gran experiencia en el tema.
12	Es útil siempre y cuando en terreno haya personal técnicamente formado en Salud, pues las líneas estratégicas y líneas de acción están claramente definidas.
13	Sí, siempre que las sucesivas actualizaciones del PAS de Salud vayan incorporando las sucesivas necesidades, estrategias y visiones de los países socios.
14	porque es un documento sencillo que se centra en lo fundamental
15	Me parece que los PAS (todos no sólo el de Salud) obedecen a otro momento de la AECID en el que se trató de reforzar lo "sectorial" aterrizando las Estrategias Sectoriales. Como he señalado creo que esta mirada no ayuda al actual tránsito a GpRD, además los RD son a menudo multisectoriales. Los PAS no abordan (ni resuelven) el cómo compatibilizar las miradas de sede y terreno, bilateral vs multilateral,....
16	Significa un marco estratégico en el que insertarse.

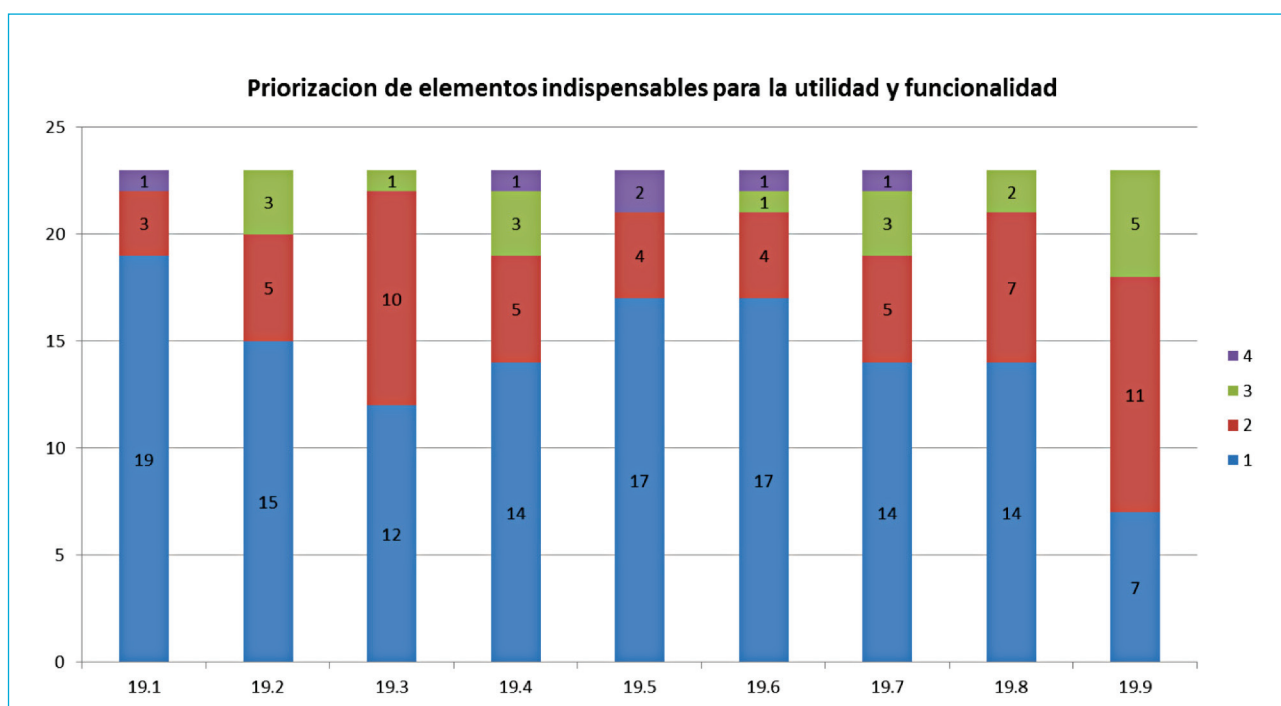
17. ¿Sabes si se utilizó el PAS de Salud como un documento referente en los procesos de elaboración del MAP y del desarrollo de la Programación Operativa, aunque tú mismo no lo hayas utilizado?

Tabla 22. Grado 17

Grado 17.	N	%
a) En gran parte	4	17,4%
b) En parte	4	17,4%
c) Apenas	8	34,8%
d) En absoluto	1	4,3%
e) No aplica	6	26,1%
Total	23	100,0%

19. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con el PAS de Salud, prioriza entre los aspectos sugeridos qué elementos serían indispensables para contar con un instrumento útil y funcional con el fin de fortalecer la articulación de los enfoques sectorial, geográfico e instrumental en el marco de la eficacia de la ayuda y lo establecido por el IV PD. (1 corresponde al valor de mayor priorización y 4 al de menor)

19. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con el PAS de Salud, prioriza entre los aspectos sugeridos qué elementos serían indispensables para contar con un instrumento útil y funcional con el fin de fortalecer la articulación de los enfoques sectorial, geográfico e instrumental en el marco de la eficacia de la ayuda y lo establecido por el IV PD. (1 corresponde al valor de mayor priorización y 4 al de menor)	1	2	3	4
19.1. Contar con procedimientos y mecanismos concretos de articulación que garanticen la coordinación entre las Direcciones Geográficas y Sectorial para mejorar la calidad de los procesos estratégicos y el ciclo de gestión de las intervenciones.	19	3	0	1
19.2. Contar con un sistema integrado de información para tomar decisiones en sede y terreno, permitiendo mejorar la coherencia sectorial y la articulación vertical y horizontal de la Agencia sobre temas dentro del sector salud.	15	5	3	0
19.3. Dotar al PAS de un mayor valor estratégico y funcional para que sus líneas de acción, socios estratégicos, instrumentos, sean un referencia viva para los resultados que se persigan en los MAP y en la PO.	12	10	1	0
19.4. Generación y desarrollo y aplicación de la lógica sectorial.	14	5	3	1
19.5. Contar con una planificación plurianual del Departamento de Cooperación Sectorial para el fortalecimiento del enfoque sectorial en la AECID, dotado de un presupuesto propio para su implementación.	17	4	0	2
19.6. Directrices claras y prácticas para transversalizar el sector salud en todas las actuaciones, de modo similar al trabajo que se está realizando con las prioridades horizontales de género y de medioambiente.	17	4	1	1
19.7. Directrices sectoriales claras y prácticas para promover el trabajo intersectorial orientado a resultados de desarrollo integrales.	14	5	3	1
19.8. Contar con la voluntad política y afianzar el compromiso de los niveles directivos con la necesidad de fortalecer y hacer cada vez más funcional el enfoque y los contenidos sectoriales.	14	7	2	0
19.9. Disponer de los PAS estableciendo objetivos, metas en un tiempo dado, así como indicadores de gestión y desempeño para dar seguimiento a su implementación.	7	11	5	0
	129	54	18	6



19. Comentarios

1	No debería haber presupuestos separados: sectoriales y geográficos. Se debería elaborar conjuntamente un presupuesto con los insumos de terreno (geográficas) y sectoriales para que fuera coherente, atendiese a las demandas de los países y a los lineamientos globales que queremos apoyar.
2	Los PAS tienen utilidad en la medida en que reflejen las prioridades y estrategias de los países socios.
3	Creo que un instrumento nuevo, como son los PAS, deben tener un tiempo de rodaje para que nos vayamos acostumbrando a su uso, aunque debería haber algún sistema de que sean incorporados en la formulación de proyectos y programas. No creo que sea el momento de pensar en un nuevo instrumento, ahora que éste ya se conoce y es de aplicación.

20. ¿Cuáles han sido las principales dificultades que se han encontrado en la aplicación del PAS-Salud?

1	No es muy específico en cuanto a la medición de resultados (indicadores).
2	No me resultó fácil distinguir en el documento entre lo descriptivo de la CE y las orientaciones operativas para el trabajo concreto en el terreno.
3	Es muy general. Es difícil que una intervención no se alinee con el PAS
4	La falta de recursos e instrumentos destinados al sector, al no ser sector prioritario.
5	El poco desarrollo del PAS salud en países con crisis por conflicto armado interno de larga duración.
6	Algunas de las dificultades de la aplicación del PAS son: - el PAS es excesivamente general intentando dar cabida a todo - tiene un enfoque bottom-down y no se reflejan demasiado las especificidades de los países en los que trabaja la AECID (aparte del anexo H).
7	Ninguna en el documento. Probablemente la dotación presupuestaria a los PAS garantizaría una mayor coherencia del enfoque sectorial.
8	La transversalización de la salud. LA falta de apoyo técnico efectivo a los que estamos en terreno
9	la falta del recurso humano impide la apropiación del mismo en el terreno
10	No se ha aplicado
11	La falta de coherencia de la AECID, la división entre lo sectorial y lo geográfico. Poca capacidad técnica en terreno La crisis en cooperación. Ausencia de protocolos para la transversalización de la salud. Ausencia de un plan de formación continua
12	No se han encontrado dificultades
13	Ninguna en el marco de la cooperación bilateral y con ONGs. Imposible en los fondos multilaterales con OPS cuyo marco de trabajo no se realizaba en terreno sino entre sede Washington y Madrid
14	No se pudo aplicar, por lo que se ha comentado que ya el sector era de salida.

21. ¿Qué líneas, acciones, socios, etc. deberían ser modificadas o eliminadas en una posible actualización del PAS de Salud y qué otras consideras que deberían incluirse atendiendo a los desafíos que enfrenta AECID actualmente y a la orientaciones recogidas en el IV PD?

1	<p>Modificaría:</p> <p>1.2 Financiación predecible, equitativa y sostenible de los SS No sé si es realista con nuestro propio funcionamiento y el de los países socios mantener esta línea de acción. Desconozco la participación en IHP y otros <i>think tanks</i>, a valorarse si es pertinente mantener esta línea-socio.</p> <p>1.4. Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación Sin ánimo de minimizar la importancia de esta línea de acción. En el contexto actual tanto financiero como de concentración no sé si es pertinente mantener esta línea como prioritaria. La existencia de otros actores que apoyan esta línea (empresas privadas, fundaciones científicas, fondos, etc.) y la continuidad y previsibilidad que exigen investigaciones indican que igual no es la AECID la agencia más idónea para priorizar esta línea.</p> <p>Línea Estratégica 2: PROGRAMAS PRIORITARIOS, INTEGRACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia: mejora estado nutricional, acceso a los cuidados de atención al neonato, acceso a vacunas y prevención enfermedades diarreicas Sería conveniente adecuar esta línea de acción a los 23 países prioritarios del IV Plan Director</p> <p>Incorporaría: Concretar líneas más definidas donde nuestra CE tenga claras ventajas comparativas: género y salud, SSR, etc. Ver forma de incorporar los Post 2015 Contemplar las opciones de cooperación delegada en salud.</p>
2	Convendría dar en el documento más espacio y precisión para las actuaciones de emergencia en el sector.
3	Creo que depende de la visión que tenga la AECID y sus prioridades dentro de salud. Quizá deberían revisarse y en función de ellos replantearse los ejes a modificar o eliminar.
4	Lo dejaría como esta. En socios incluiría a los de cooperación sur-sur y triangular.
5	Incluir salud en las crisis humanitarias por conflicto armados internos.
6	La Línea de Acción: "Fortalecimiento de los programas de VIH, TBC, malaria y enfermedades olvidadas" por ser incoherente con el enfoque de fortalecimiento integral de los sistemas de salud. Corregir, en las matrices explicativas con metas, en la columna "Coordinación con otros actores" cuando pone OTCs. Las OTCs son parte de la AECID.
7	Más allá de líneas, actores, etc que necesitarían una revisión y actualización, considero necesario que este instrumento de definición y orientación estratégica de la AECID se acompañe con un acompañamiento técnico a las intervenciones en el sector que se llevan a cabo en los países socios, además de una orientación técnica y revisión estratégica anual con los responsables del sector en las distintas oficinas tanto de sede como UCEs
8	En el PAS Salud no está bien incluida la labor de las ONGs. EL Apoyo presupuestario debería ir de la mano con apoyo proyecto y asegurarse de la adicionalidad de la ayuda (si no sólo resulta interesante al Ministerio de finanzas del país, no al de Salud). El Fortalecimiento institucional de la AECID debería hacerse efectivo, salvo la creación de la red, poco más, ni sinergias creadas, ni fortalecimiento de capacidades técnicas AECID.
9	Fortalecer la gestión del conocimiento sobre tópicos de salud "estrella" en las regiones por ejemplo en Latinoamérica : salud sexual y reproductiva (anticoncepción, mortalidad materna, VIH/SIDA, violencia de género, cáncer reproductivo...) como línea de trabajo con las multilaterales, Universidades y redes de sociedad civil Fondos para investigaciones regionales sobre temas relevantes en salud desde perspectiva multisectorial (Ej : IRC en Centroamérica, violencia de género como factor de riesgo para la salud global...) Incluir entre los socios a las Universidades de los países socios para garantizar sostenibilidad proyectos, programas Coordinar acciones con los programas regionales de cooperación en salud (SICA...) o donde está la UE y tiene accionar en salud coordinar y programar de manera conjunta. Promover comunidades de prácticas según temas de interés en salud según países, o zonas Incluir la diversidad de poblaciones, géneros y capacidades en la definición de los PAS. El PAS es como un gran paraguas desde donde se podrían " aterrizar" PAS país-multianuales y estos a su vez subregionales (centroamérica, región andina...)
10	No eliminaría nada, las haría cumplir
11	En mi opinión la línea principal de trabajo debería ser el fortalecimiento de los Servicios Nacionales de Salud en los países socios, siguiendo sus propias prioridades y estrategias, y los socios principales deberían ser los Ministerios de Salud.
12	Importante; efectiva transversalización. Me parece un tema fundamental en relación a la gran cantidad de financiación recibido por el Fondo de Agua y Saneamiento - ajeno hasta el momento y de forma llamativa, de un compromiso efectivo para el avance de indicadores de morbilidad entre la población en alianza con los sistemas públicos de salud.
13	Me parece que habría que diferenciar prioridades por grupos de países (por ejemplo PMA y PRM). Definir (identificar) y explicitar posibles agendas Subregionales y Regionales para evitar entrar en contradicciones con los MAP. Incorporar la visión de Salud como bien global.

22. ¿Qué características debería reunir un instrumento sectorial para que fuera funcional a tu trabajo sectorial diario y a los desafíos que actualmente enfrenta AECID en el periodo de vigencia del IV PD?

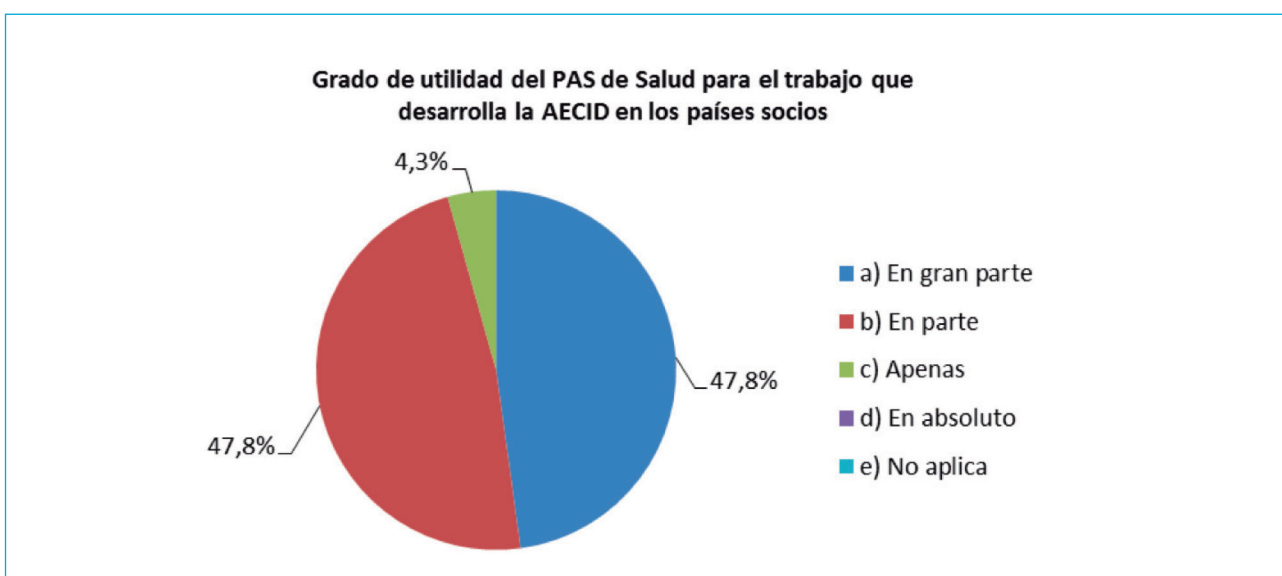
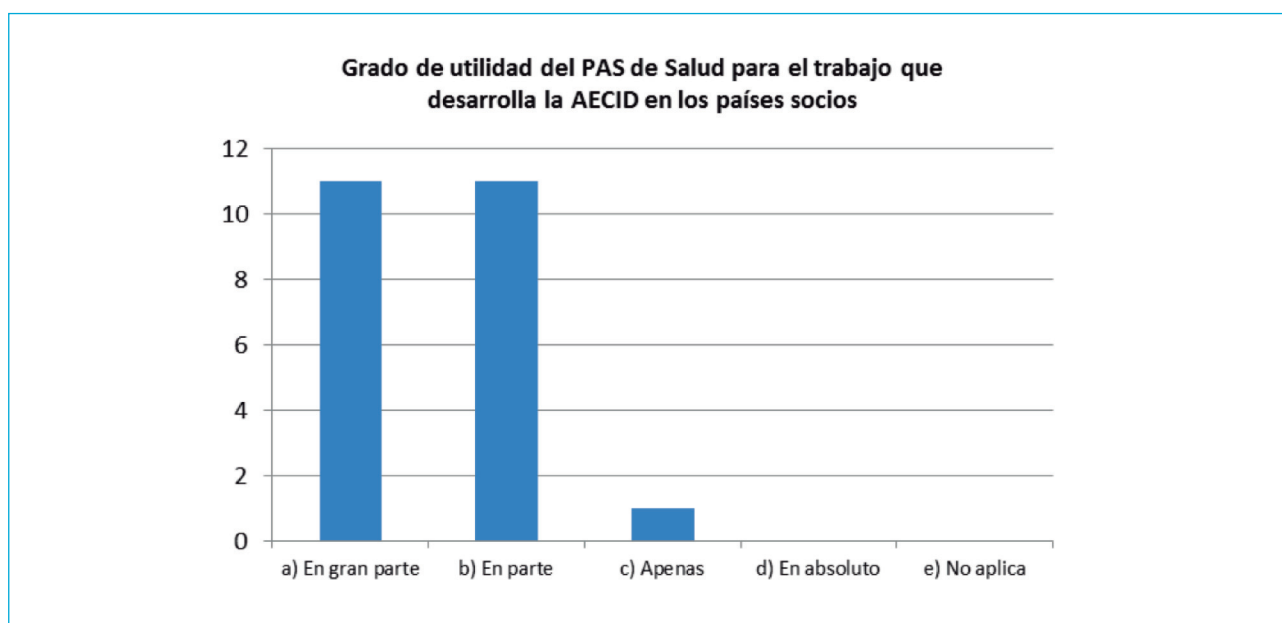
1	Incluir su incorporación o la forma de que sea sinérgico con otros instrumentos más operativos de programación. Sería bueno que tenga indicadores, y que estos coincidan y/o se alineen con los de los instrumentos programáticos.
2	Conciso, claro, practico y actualizado
3	Contar con un sistema integrado de información para tomar decisiones permitiendo mejorar la coherencia sectorial y la articulación vertical y horizontal de la Agencia sobre temas dentro del sector salud.
4	Como esta es útil.
5	Dar orientaciones para su adecuación al terreno.
6	Debería ser vinculante para el trabajo de toda la AECID (todas las direcciones y terreno) y recoger indicadores de seguimiento.
7	Incluir orientaciones de aplicación intersectorial. herramientas de monitoreo y seguimiento aplicables a las intervenciones específicas que puedan surgir en el sector salud. Actualización técnica de los encargados del sector salud en las UCEs en temas relevantes contemplados e iniciativas globales por el PAS (diálogo de políticas, financiación de la salud, sistemas de seguridad social, acceso a medicamentos, indicadores relevantes, etc)
8	Que sea participativo en su formulación, consensuado en su contenido, que se haga un seguimiento real (también a medio plazo como estaba previsto).
9	Enfoque de salud pública: información (evidencias) en los temas de salud clave de la región a intervenir, implementación, evaluación y difusión Excusa para Promover el intercambio en terreno entre los distintos actores con fondos de cooperación española que están trabajando en salud. Se ha conseguido con las ONGD españolas y descentralizadas, pero no con multilaterales y fondos mundiales o regionales, o con el estado. El PAS sería una excusa para sentarse compartir, intercambiar, armonizar, mejorar el trabajo, y por supuesto "enlazado" dentro del MAP si salud es un sector prioritario.
10	Ningún instrumento sectorial por muy bueno que sea va a resolver la falta de voluntad política para la integración de nuestro trabajo, fundamentalmente en sede. La geográfica y su visión sigue primando y no el trabajo sectorial especializado. No hay coherencia entre discurso y práctica.
11	El instrumento sectorial adecuado sería el que permitiese alinearse con las políticas del país socio e incorporase sus indicadores, por tanto un apoyo presupuestario sectorial alineado. El PAS podría tener también un componente de ordenación de los recursos humanos y técnicos disponibles en España en el sector.
12	Me temo no es un problema de instrumento. Es un tema ya abordado en alguna pregunta del cuestionario; es necesaria una conciliación y coordinación de ópticas, prioridades y financiación entre el trabajo desarrollado por la dirección geográfica que, en terreno, no está en coherencia con las prioridades sectoriales
13	En la OTC en la que trabajo tratamos de superar la visión "sectorial" y pasar a una visión de Resultados de Desarrollo de acuerdo al MAP. Creo que todo lo que se elabore desde lo sectorial debe tener en cuenta esto (que deberá estar inmerso en una GpRD), de lo contrario pienso que no será muy funcional o incluso puede dificultar el tránsito a GpRD.
14	Que sea conocido y que sea práctico. Sería interesante que en los documentos de planificación y de formulación de proyectos se tome en cuenta si se ha enmarcado la iniciativa en el PAS.

Utilidad del PAS de SALUD para el trabajo en terreno

6. Desde tu experiencia ¿consideras el PAS de Salud un instrumento útil para el trabajo que desarrolla la AECID en los países socios?

Tabla 23. Grado 6

Grado 6.	N	%
a) En gran parte	11	47,8%
b) En parte	11	47,8%
c) Apenas	1	4,3%
d) En absoluto	0	0,0%
e) No aplica	0	0,0%
Total	23	100,0%



7. ¿Por qué?

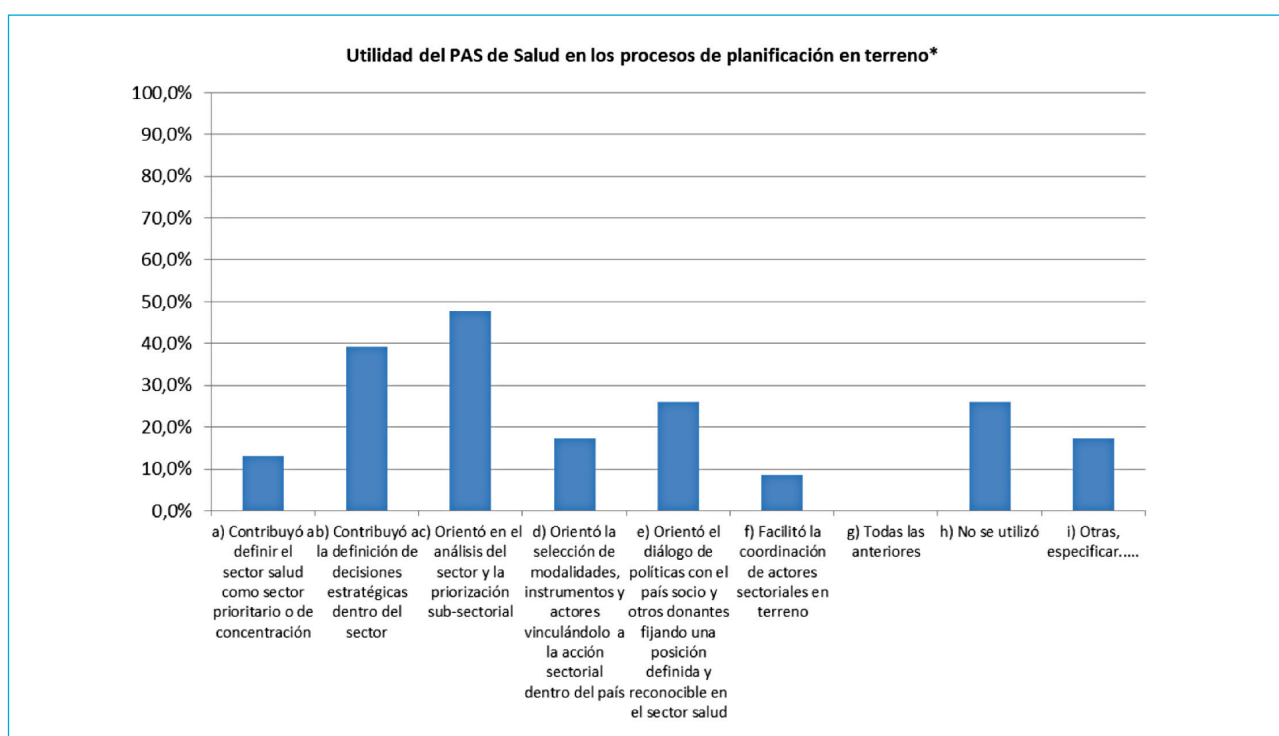
1	El PAS da unas orientaciones generales en cuanto a la estrategia y prioridades de la CE en salud. Sin embargo, no siempre es aplicable puesto que a veces las prioridades del país socio y del MAP con éste no se alinean con la estrategia PAS. Igualmente los tiempos de los distintos instrumentos que orientan la estrategia de CE (Plan Director, MAP, PAS, Programación conjunta, etc) no coinciden por lo que en algunos puntos es difícil lograr una unidad de criterios y el alineamiento de los mismos. En las líneas de actuación coincidentes el PAS es bastante útil al concretar los resultados. Igualmente desde la publicación del PAS ha cambiado tanto el contexto de la CE en salud (saliendo de los ejes prioritarios de muchos MAP, reducción de recursos y de instrumentos de CE, etc) que no se puede obviar que está algo desfasado.
2	El PAS puede servir como un documento de apoyo o de referencia para las OTC particularmente en el marco de la complementariedad con otros actores en los países socios, así como en la orientación de las ONGD promotoras de la CE en dichos países socios en términos de estrategias y prioridades.
3	Me parece que nos influye sobre todo indirectamente por el trabajo que hace el departamento sectorial de salud. Directamente trabajamos mucho más en base a la abundantísima documentación nacional. Hay además un gran desfase entre tiempos de trabajo, el map que se firma ahora, se viene trabajando desde final de 2010... Y una falta de adecuada capitalización en todos los aspectos debido a las metodologías de trabajo y falta de deficiente personal adscrito.
4	Creo que en función de la visión/misión de la AECID en el sector salud se deberían simplificar y reducir o al menos revisar las líneas/acciones y socios que aparecen en el PAS. Da la impresión que en el PAS "aparece todo con todos", y quizá sería necesario hablar de prioridades y de concentración en función de la ventaja comparativa de la AECID, su capacidad como interlocutor y el rol que quiera jugar a nivel global y a nivel país en salud.
5	Es una referencia necesaria para el diseño y el desarrollo de intervenciones.
6	El Área de Salud proporciona información valiosa, bien directamente, bien a través de la Red de Expertos.
7	Porque aterriza las generalidades de este sector en el Plan Director a un Plan de Actuación más concreto. Se debería aterrizar igualmente en cada país, como nosotros hicimos con el PAS de Género en Desarrollo.
8	Creo que ha sido un instrumento bastante útil para ofrecer una foto de la cooperación de la AECID en salud entre 2005 y 2008, marcar los lineamientos estratégicos básicos y proponer metas para cada acción prioritaria y muy operativa.
9	Permite tener un marco referente para orientar el apoyo de la cooperación española al sector salud en cada país. No obstante, el alineamiento con las políticas y planes nacionales nos conduce a basar el apoyo de la CE en aquellas prioridades y necesidades que emanan de los propios actores del país socio.
10	Marca una posición institucional que respalda la toma de decisiones
11	En los países donde la presencia en el sector es fuerte y donde hay recursos formados y especializados, es un instrumento que puede servir para coordinar acciones e incidir en el diálogo político. Lo veo más difícil en otros contextos.
12	Ha sido útil para reorientar la actuación tradicional en el sector desde la prestación de servicios al fortalecimiento de políticas públicas
13	No he estado a cargo del área de salud, solo sustituyendo a la persona responsable. Las actuaciones de cooperación española en salud han sido apoyo presupuestario Fondo Canasta, con otros donantes; a través de ONGD españolas y descentralizadas, apoyo a multilaterales o fondos mundiales (SIDA, Vacunas...). No sé qué tanto han sido "dirigidos" los distintos programas de cooperación por el PAS de Salud, no sé qué tanto se conoce o es de referencia para los actores de cooperación española o socios.
14	Porque se basa en los principios de equidad y acceso universal a los servicios básicos de salud mediante un enfoque multisectorial y participativo que inciden en determinantes de la salud (sociales, económicos y medioambientales). Pregona el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, con enfoque integrado e integrador y basados en la Agenda de la Eficacia de la Ayuda.
15	Define y prioriza las orientaciones y líneas generales de trabajo en Salud en la CE, que a su vez están basadas en la experiencia de trabajo en los países socios, por lo que incorporan las prioridades definidas y expresadas por los mismos en base a sus necesidades, que son las que deben marcar las líneas de cooperación en cada sector.
16	marca orientaciones básicas de trabajo con los sistemas públicos de salud e incluye enfáticamente orientaciones dirigidas a la garantía de los derechos fundamentales de las mujeres desde las prácticas sanitarias (importante por seguir siendo las principales destinatarias de los programas de salud materna, salud sexual y salud reproductiva)
17	Considero que es el documento que fija la posición de AECID en el sector salud. Es el punto de partida para negociar sobre el tema con un país socio (para el diálogo de políticas)
18	Guía nuestro diálogo y enfoque de trabajo con los países socios.
19	En el caso de nuestro país socio, al no ser el sector salud prioritario, no se le ha dado toda la utilidad al PAS aunque sí ha servido de guía en acciones puntuales que se han realizado.
20	Da pautas de actuación prioritarias, sirve como una hoja de ruta, sobre la que basarse, además de dar un panorama global del sector, y del apoyo de la AECID al sector.

18. ¿Cuál fue la principal utilidad del PAS de Salud en los procesos de planificación en terreno? Marcar hasta un máximo de 3 opciones

Tabla 24. Utilidad del PAS de Salud en los procesos de planificación en el terreno

Utilidad 18.	N	%*
a) Contribuyó a definir el sector salud como sector prioritario o de concentración	3	13,0%
b) Contribuyó a la definición de decisiones estratégicas dentro del sector	9	39,1%
c) Orientó en el análisis del sector y la priorización sub-sectorial	11	47,8%
d) Orientó la selección de modalidades, instrumentos y actores vinculándolo a la acción sectorial dentro del país	4	17,4%
e) Orientó el diálogo de políticas con el país socio y otros donantes fijando una posición definida y reconocible en el sector salud	6	26,1%
f) Facilitó la coordinación de actores sectoriales en terreno	2	8,7%
g) Todas las anteriores	0	0,0%
h) No se utilizó	6	26,1%
i) Otras, especificar...	4	17,4%
Total	45	% (23 pers)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presenta pregunta del cuestionario (23)



i) Otras, especificar

No estoy muy segura porque no llevo el tiempo suficiente en la oficina. Sé que no se utilizó en la programación operativa 2014
Se utilizó para abordar el sector salud en la acción humanitaria.
En mi puesto actual, el proceso de planificación operativa no se ha realizado, ni el año pasado ni este por no contar con el MAP, a pesar de haber hecho el ejercicio del mismo en los años anteriores. En la actualidad se está iniciando/retomando de nuevo el ejercicio MAP.
El PAS de Salud tiene utilidad porque ha incorporado la visión de los países socios en el sector.
No se utilizó puesto que ya fue decidido que el sector de salud sería de salida en el país, y desde ese momento solo se han ido cerrando los proyectos del sector que estaban en marcha.

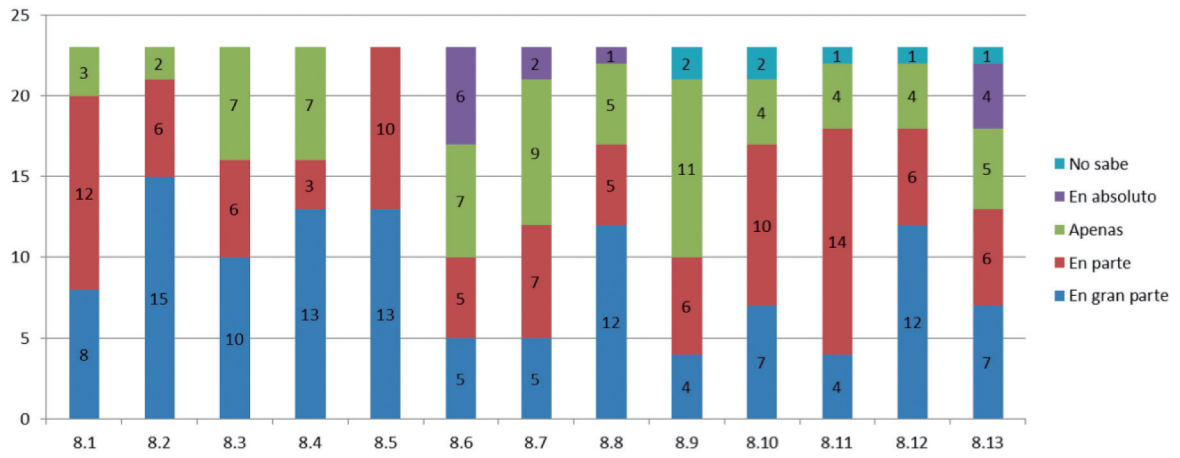
18. Comentarios

1	No estoy muy segura porque no llevo el tiempo suficiente en la oficina. Sé que no se utilizó en la programación operativa 2014
2	Se utilizó para abordar el sector salud en la acción humanitaria.
3	En mi puesto actual, el proceso de planificación operativa no se ha realizado, ni el año pasado ni este por no contar con el MAP, a pesar de haber hecho el ejercicio del mismo en los años anteriores. En la actualidad se está iniciando/retomando de nuevo el ejercicio MAP.
4	El PAS de Salud tiene utilidad porque ha incorporado la visión de los países socios en el sector.
5	No se utilizó puesto que ya fue decidido que el sector de salud sería de salida en el país, y desde ese momento solo se han ido cerrando los proyectos del sector que estaban en marcha.

8. Percepción sobre las utilidades del PAS de Salud.

8. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con el PAS de Salud, consideras que....	En gran parte	En parte	Apenas	En absoluto	No sabe
8.1. El PAS de Salud es un instrumento útil para la alineación con el marco de políticas del país socio en el sector.	8	12	3	0	0
8.2. El PAS de Salud es un instrumento útil para orientar las intervenciones hacia el enfoque de salud global e incorporar los compromisos internacionales asumidos por la CE en el sector salud.	15	6	2	0	0
8.3. El actual PAS de Salud es un instrumento útil que continúa siendo relevante para enfrentar los nuevos desafíos de la cooperación internacional (p.ej. la agenda de la calidad y la eficacia de la ayuda, profundizar el diálogo entre el enfoque geográfico, instrumental y sectorial, contribuir a resultados de desarrollo, etc.)	10	6	7	0	0
8.4. El PAS de Salud es un instrumento útil para fortalecer la coordinación y articulación entre los diferentes actores de la CE, de la AECID y/o con otros socios para el desarrollo (p.ej. donantes o países socios) en terreno.	13	3	7	0	0
8.5. El PAS de Salud una vez actualizado podría seguir siendo un instrumento útil y relevante para orientar y contribuir a la toma de decisiones en los procesos estratégicos donde participa la AECID en el marco que establece el IV Plan Director de la CE.	13	10	0	0	0
8.6. El PAS de Salud no requiere realmente de indicadores para facilitar su seguimiento puesto que el PAS no recoge directrices vinculantes ni es un plan de acción, sino un documento con orientaciones sugeridas para la mejora de la eficacia en el sector salud.	5	5	7	6	0
8.7. El PAS de Salud es un instrumento útil y relevante para orientar las decisiones presupuestarias e instrumentos de canalización de la ayuda a un determinado sector.	5	7	9	2	0
8.8. El PAS de Salud es más una herramienta de apoyo para anclar el enfoque sectorial de salud en la AECID, que un instrumento estratégico-operativo con utilidad real y efectiva para influir en los procesos y toma de decisiones claves de la Agencia.	12	5	5	1	0
8.9. El PAS de Salud es un instrumento útil para facilitar la transversalización del sector salud en el resto de los sectores.	4	6	11	0	2
8.10. El PAS de Salud tiene un valor estratégico para afianzar el enfoque sectorial en la Agencia. Sin él se dificultaría que el enfoque sectorial pudiera influir en la toma de decisiones de procesos estratégicos de la AECID.	7	10	4	0	2
8.11. El PAS de Salud ha tenido presente en su diseño y en su implementación ha facilitado la incorporación de los enfoques sectoriales de la CE (género y medioambiente).	4	14	4	0	1
8.12. El PAS de Salud ha generado un posicionamiento técnico que ha permitido orientar decisiones estratégicas sectoriales. Sin embargo, es la participación del personal técnico sectorial cualificado el factor clave para incidir en decisiones presupuestarias y procesos estratégicos.	12	6	4	0	1
8.13. El PAS de Salud ha sido un instrumento clave para mejorar el nivel de coherencia sectorial de las acciones en salud de la AECID, incrementando el grado de coordinación vertical (sede-terreno) y horizontal (coordinación de las unidades de sede entre si y entre las diferentes UCES).	7	6	5	4	1
	115	96	68	13	7

Percepción sobre las utilidades del PAS de Salud



Resultados cuestionario dirigido a los/as coordinadores/as de las OTC

Perfil de la persona encuestada

1. Sexo

Tabla 25. Sexo

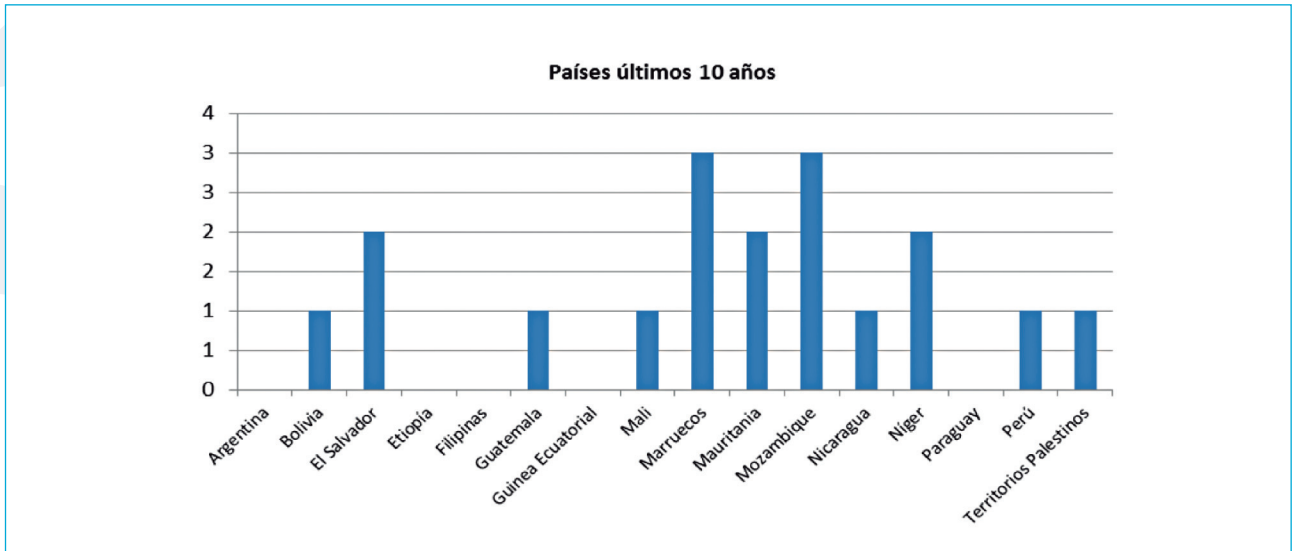
Sexo	N	%
Hombre	7	70,0%
Mujer	3	30,0%
Total	10	10,0%

2. ¿Has trabajado en alguno de los siguientes países en los últimos 10 años? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Tabla 26. Países

Países	N	%*
Argentina	0	0,0%
Bolivia	1	10,0%
El Salvador	2	20,0%
Etiopía	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%
Guatemala	1	10,0%
Guinea Ecuatorial	0	0,0%
Mali	1	10,0%
Marruecos	3	30,0%
Mauritania	2	20,0%
Mozambique	3	30,0%
Nicaragua	1	10,0%
Níger	2	20,0%
Paraguay	0	0,0%
Perú	1	10,0%
Territorios Palestinos	1	10,0%
Total	18	% (10 pers.)

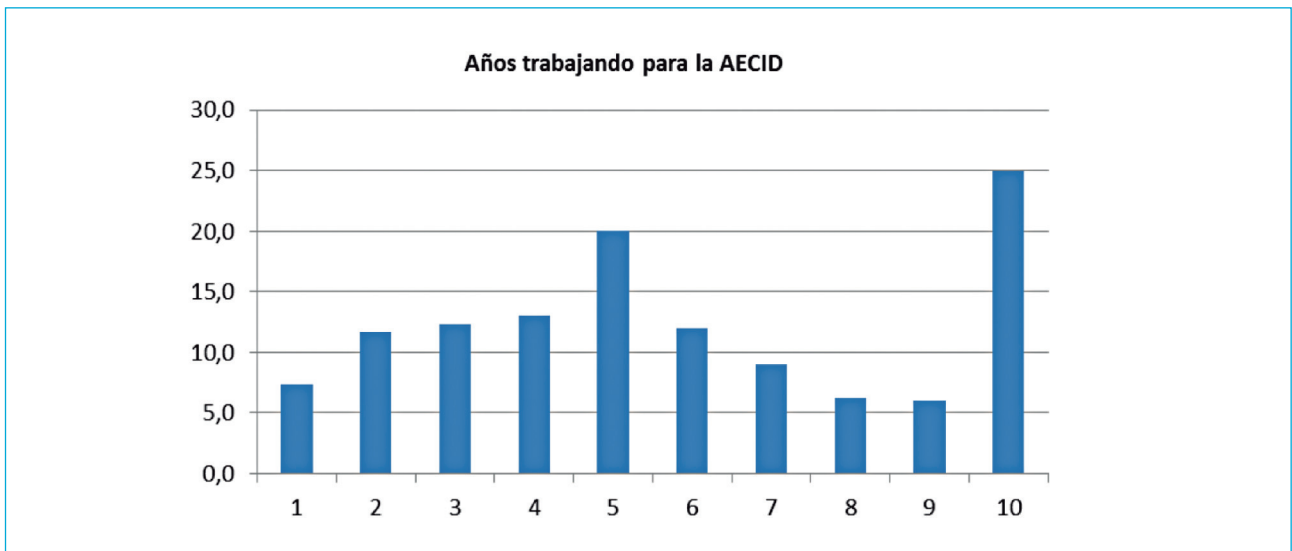
*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (10)



3. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando para la AECID?

Tabla 27. Tiempo trabajando para la AECID

Respuesta 3.	Años
1	7,3
2	11,7
3	12,3
4	13,0
5	20,0
6	12,0
7	9,0
8	6,3
9	6,0
10	25,0
Media	12,3



4. ¿Has participado en el proceso de elaboración del MAP y/o en el de Programación Operativa como coordinador de la OTC que ahora diriges?

Tabla 28. Respuestas 4.

Respuesta 4.	N	%
Sí	8	80,0%
No	2	20,0%
Total	10	100,0%

Situación del sector salud en el país donde trabaja la persona encuestada

5. ¿La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio?

Tabla 29. Respuesta 5

Respuesta 5.	N	%
Sí	5	50,0%
No	5	50,0%
Total	10	100,0%

La Cooperación Española trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio

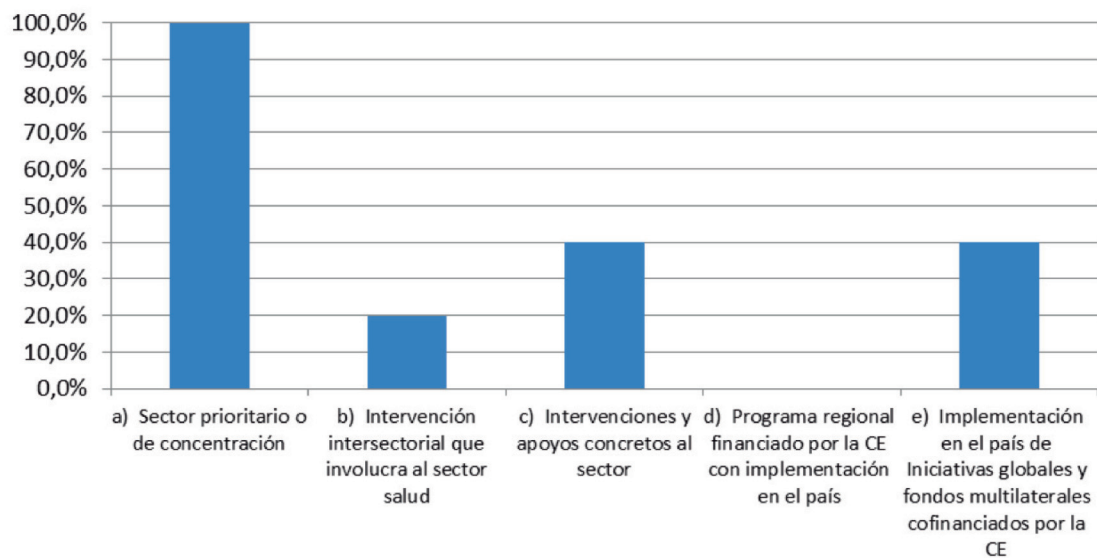
5.a. ¿Cómo se encuentra presente actualmente el sector salud en el programa de cooperación de la CE en el país? Marcar todas las opciones que apliquen al caso

Tabla 30. Respuesta 5.a

Respuesta 5a	N	%*
a) Sector prioritario o de concentración	5	100,0%
b) Intervención intersectorial que involucra al sector salud	1	20,0%
c) Intervenciones y apoyos concretos al sector	2	40,0%
d) Programa regional financiado por la CE con implementación en el país	0	0,0%
e) Implementación en el país de Iniciativas globales y fondos multilaterales cofinanciados por la CE	2	40,0%
Total	10	% (5 pers.)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (5)

Modo en que se encuentra presente actualmente el sector salud en el programa de cooperación de la CE en el país*

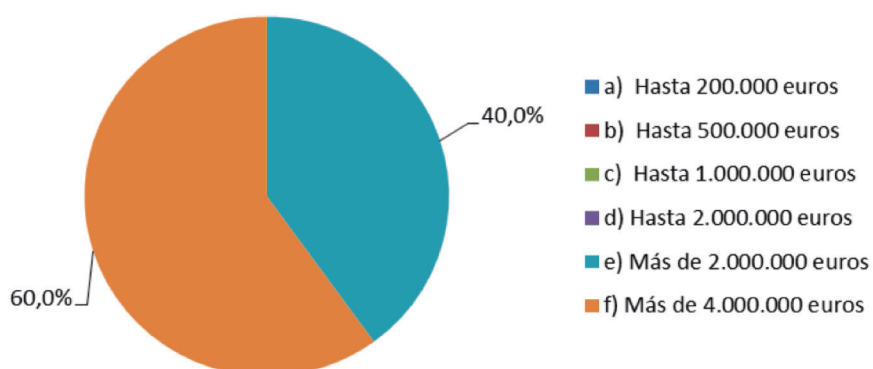


5.b. ¿Cuál es el presupuesto aproximado que la CE ha destinado al sector salud en el periodo 2011-2013 en el país donde trabajas actualmente? Incluir todas las modalidades de cooperación

Tabla 31. Respuesta 5.b

Respuesta 5.b	N	%
a) Hasta 200.000 euros	0	0,0%
b) Hasta 500.000 euros	0	0,0%
c) Hasta 1.000.000 euros	0	0,0%
d) Hasta 2.000.000 euros	0	0,0%
e) Más de 2.000.000 euros	2	40,0%
f) Más de 4.000.000 euros	3	60,0%
Total	5	100,0%

C) El PAS de Salud: Incidencia en el proceso de decisiones



5.c. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? A) NÚMERO DE PERSONAS

Tabla 32. Número de personas

Número de personas	N
1	5
Media	1,0

5.c. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso. B) PUESTOS INVOLUCRADOS

Tabla 33. Puestos involucrados

Puestos Involucrado	N	%
b-1. Responsable de Programa	4	80,0%
b-2. Responsable de Proyecto	1	20,0%
b-3. Asistencia Técnica	0	0,0%
b-4. Técnico/a no especialista en el sector que asume funciones en el trabajo con el sector salud	0	0,0%
b-5. Técnico/a no especialista que compagina esta responsabilidad con otras en otros sectores	0	0,0%
b-6. Becario/a	0	0,0%
Total	5	100,0%

5.c. ¿Podrías caracterizar el personal de la OTC que actualmente está a cargo de las intervenciones en salud en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso. C) FORMACIÓN GENERAL DE LOS RR.HH. DESTINADOS AL SECTOR

Tabla 34. Formación general de los RR.HH. destinados al sector

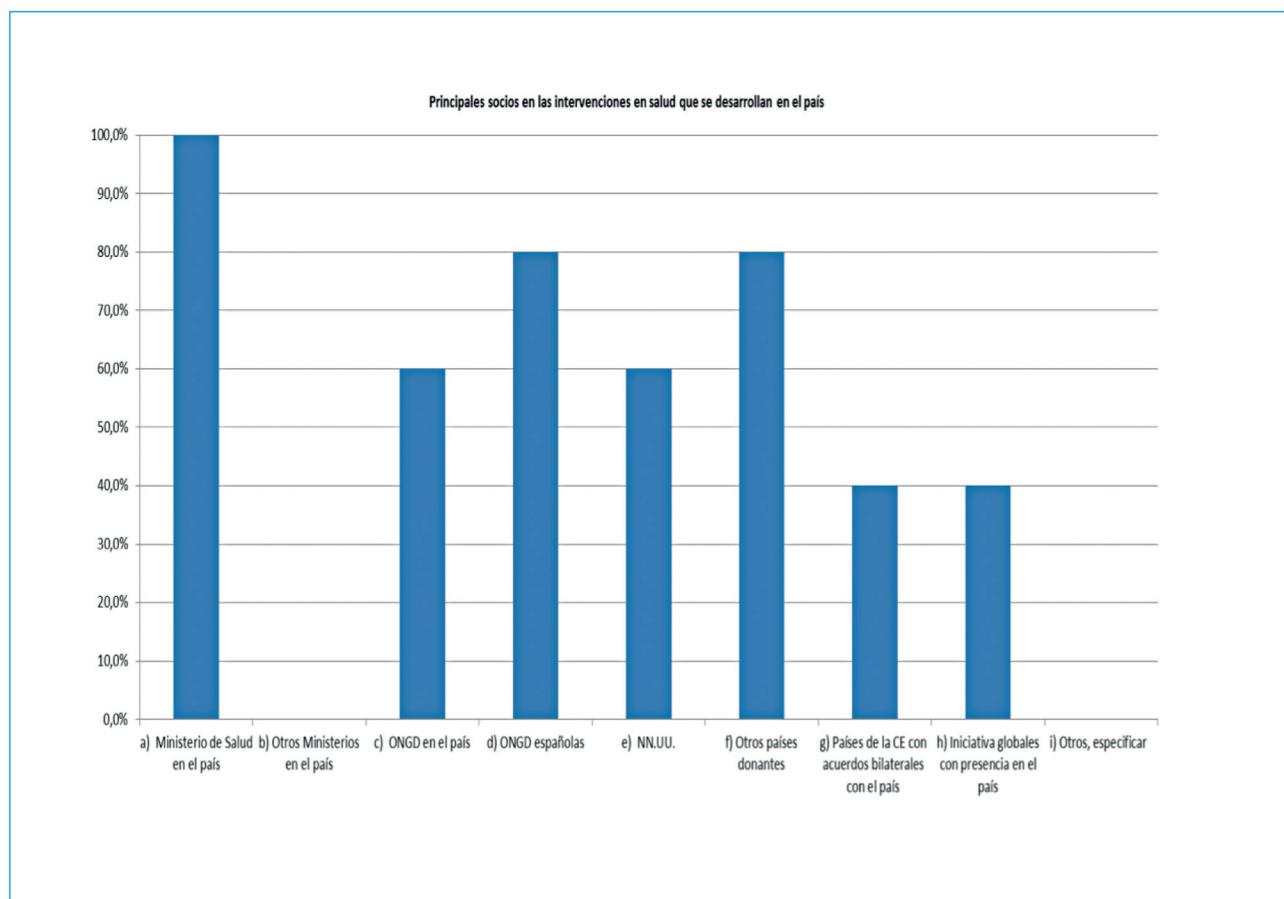
Formación general de los RR.HH. destinados al sector	N	%
c-1. Experto/a especialista en salud	2	40,0%
c-2. Formación especializada en salud y cooperación	1	20,0%
c-3. Sin formación específica, pero con experiencia de trabajo en el sector superior a los 2 años	1	20,0%
c-4. Sin formación ni experiencia de trabajo en el sector superior a 2 años	1	20,0%
Total	5	100,0%

5.d. ¿Quiénes son los principales socios en las intervenciones en salud que se desarrollan en el país? Marca todas las opciones que apliquen al caso

Tabla 35. Principales socios

Principales socios	N	%*
a) Ministerio de Salud en el país	5	100,0%
b) Otros Ministerios en el país	0	0,0%
c) ONGD en el país	3	60,0%
d) ONGD españolas	4	80,0%
e) NN.UU.	3	60,0%
f) Otros países donantes	4	80,0%
g) Países de la CE con acuerdos bilaterales con el país	2	40,0%
h) Iniciativa globales con presencia en el país	2	40,0%
i) Otros, especificar	0	0,0%
Total	23	% (5 pers.)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (5)



Motivo por el que no se priorizó salud como sector

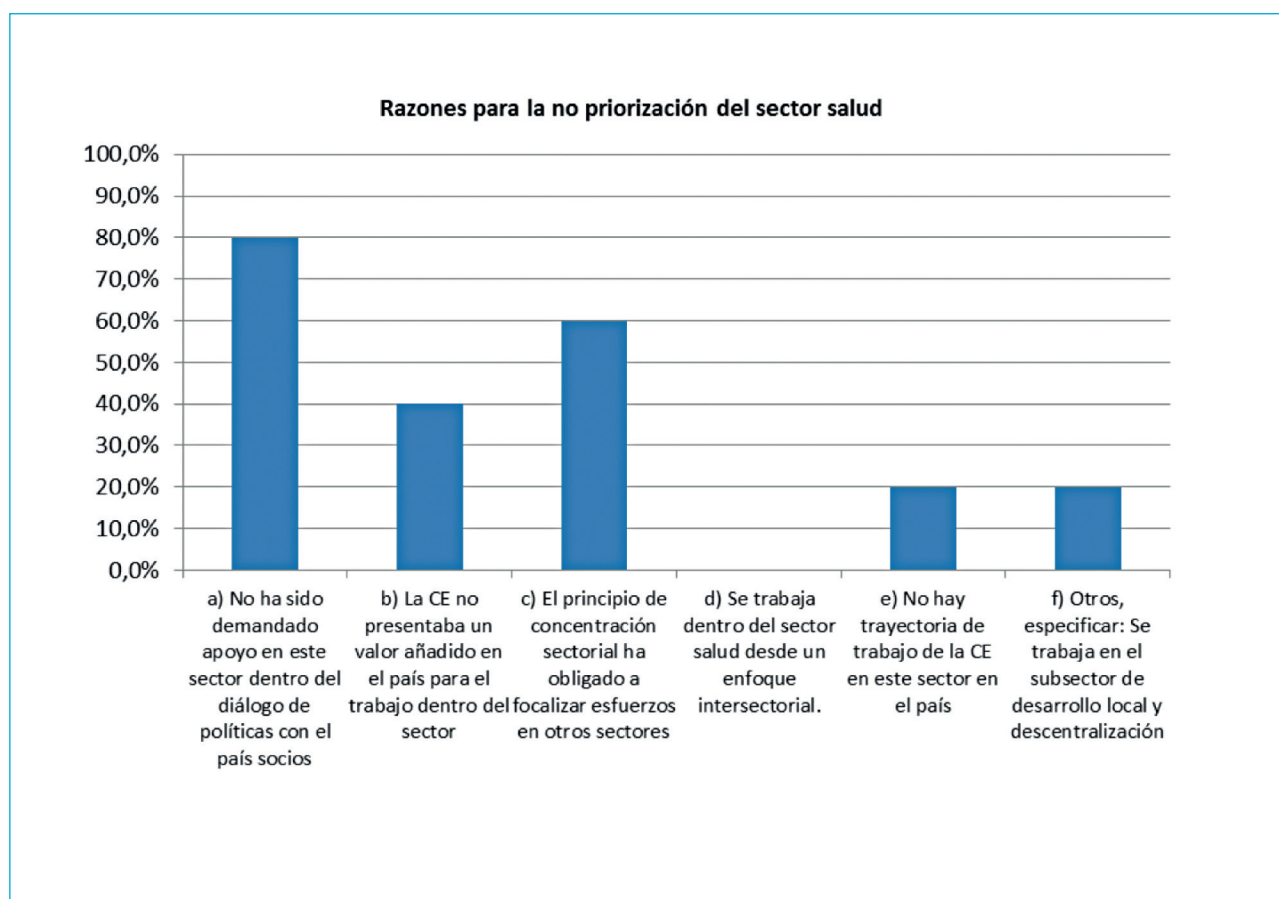
La Cooperación Española no trabaja en el sector salud dentro del programa de cooperación que mantiene con el país socio

5.e. ¿Por qué no se priorizó el sector salud? Marcar un máximo de 3

Tabla 36. Motivos para la no priorización del sector salud

Motivos 5.e.	N	%*
a) No ha sido demandado apoyo en este sector dentro del diálogo de políticas con el país socios	4	80,0%
b) La CE no presentaba un valor añadido en el país para el trabajo dentro del sector	2	40,0%
c) El principio de concentración sectorial ha obligado a focalizar esfuerzos en otros sectores	3	60,0%
d) Se trabaja dentro del sector salud desde un enfoque intersectorial.	0	0,0%
e) No hay trayectoria de trabajo de la CE en este sector en el país	1	20,0%
f) Otros, especificar: Se trabaja en el subsector de desarrollo local y descentralización	1	20,0%
Total	11	% (5 pers.)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presente pregunta del cuestionario (5)



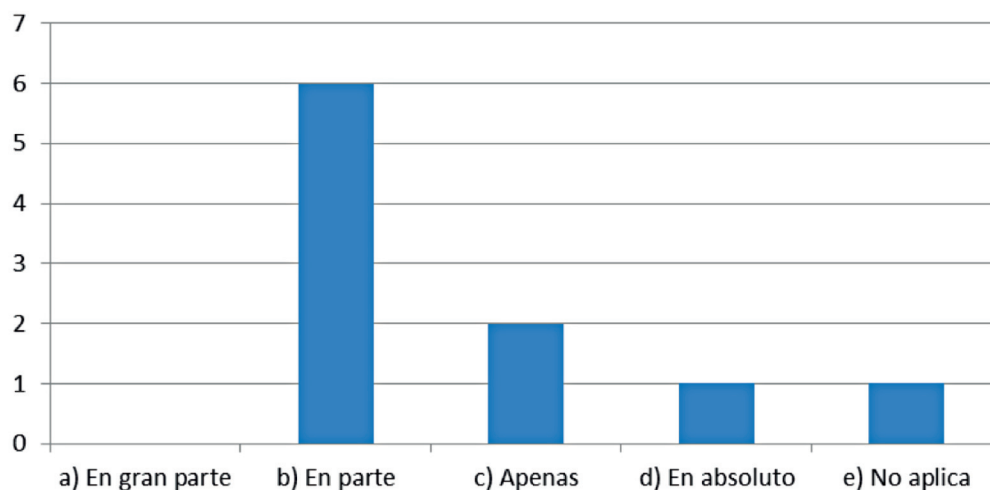
Consideraciones sobre el PAS de salud

9. ¿Consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID, tanto en sede como en terreno?

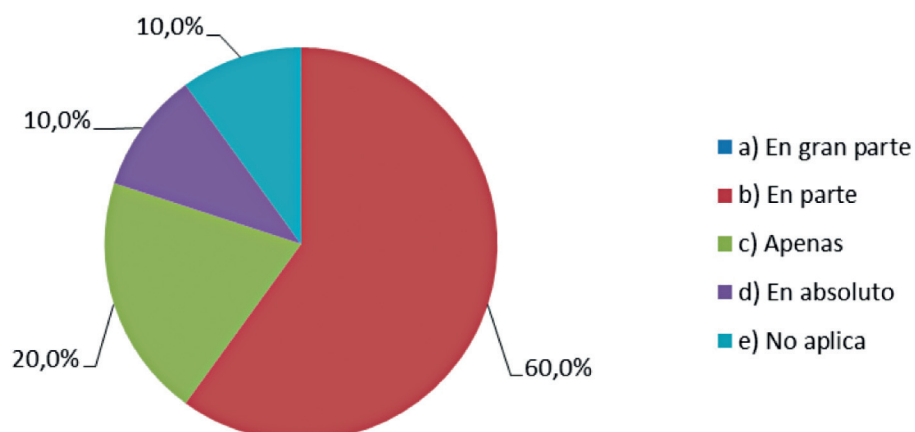
Tabla 37. Grado 9

Grado 9.	N	%
a) En gran parte	0	0,0%
b) En parte	6	60,0%
c) Apenas	2	20,0%
d) En absoluto	1	10,0%
e) No aplica	1	10,0%
Total	10	100,0%

Grado en que consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID, tanto en sede como en terreno



Grado en que consideras que existe un adecuado grado de apropiación de los PAS por parte de la AECID, tanto en sede como en terreno



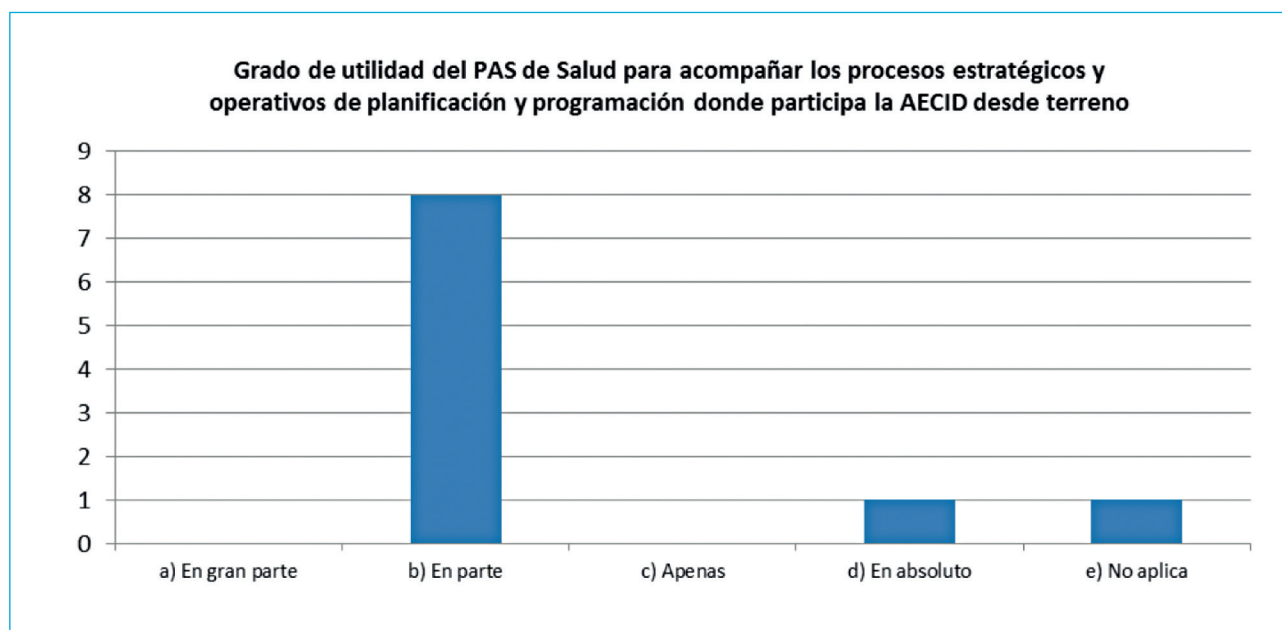
10. ¿Por qué?

1	En ocasiones, debido a los cambios de equipos, se asumen las responsabilidades del sector sin conocimiento previo por parte de quien lo gestiona, lo cual produce ciertos problemas a este nivel
2	Creo que no hay suficiente apropiación de los PAS ni en las Direcciones Geográficas de la AECID, ni en el Dpto de Cooperación Multilateral, ni en el de ONGD, ni en las OTCs. Tal vez, los integrantes de la red de expertos Salud AECID son el principal y casi único canal para interiorizar los PAS en nuestro trabajo
3	Creo sería necesario valorar los programas que se desarrollan en los diferentes países con presencia de AECID y el Plan Sectorial para ver cómo se han concretado.
4	En mi experiencia en varios países, los planes sectoriales han sido más una referencia bibliográfica que una herramienta. Las decisiones están centralizadas en las direcciones de las unidades y se toman en base a criterios que no los tienen mucho en cuenta.

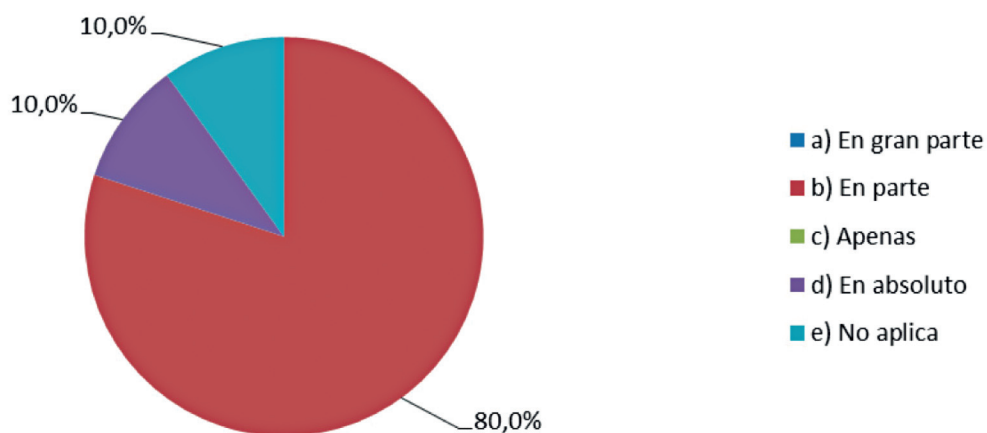
11. ¿Consideras el PAS de Salud un instrumento útil para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación donde participa la AECID desde terreno?

Tabla 38. Grado 11

Grado 11.	N	%
a) En gran parte	0	0,0%
b) En parte	8	80,0%
c) Apenas	0	0,0%
d) En absoluto	1	10,0%
e) No aplica	1	10,0%
Total	10	100,0%



Grado de utilidad del PAS de Salud para acompañar los procesos estratégicos y operativos de planificación y programación donde participa la AECID desde terreno



12. ¿Por qué?

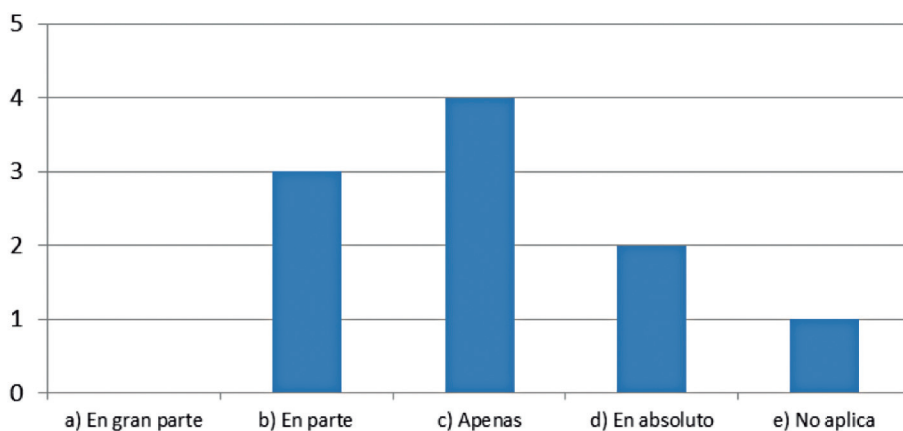
1	Si es útil, pero a título orientativo. Las demandas del país socio marcan mucho los procesos de planificación y programación
2	No es un instrumento práctico.
3	Porque deben de ser adaptados a las demandas y prioridades del país pero permite trabajar en criterios de priorización con nuestros socios nacionales
4	Teniendo en cuenta la falta de especialización sectorial generalizada en la estructura de la AECID, los planes sirven para situar a los generalistas en el sector. Si los consultan, ya que el enfoque de gestión es básicamente burocrático.

13. ¿En el trabajo desarrollado en la OTC durante los procesos de elaboración del MAP y del desarrollo de la Programación Operativa, se utilizaron los PAS como documentos de referencia contribuyendo a orientar ambos procesos?

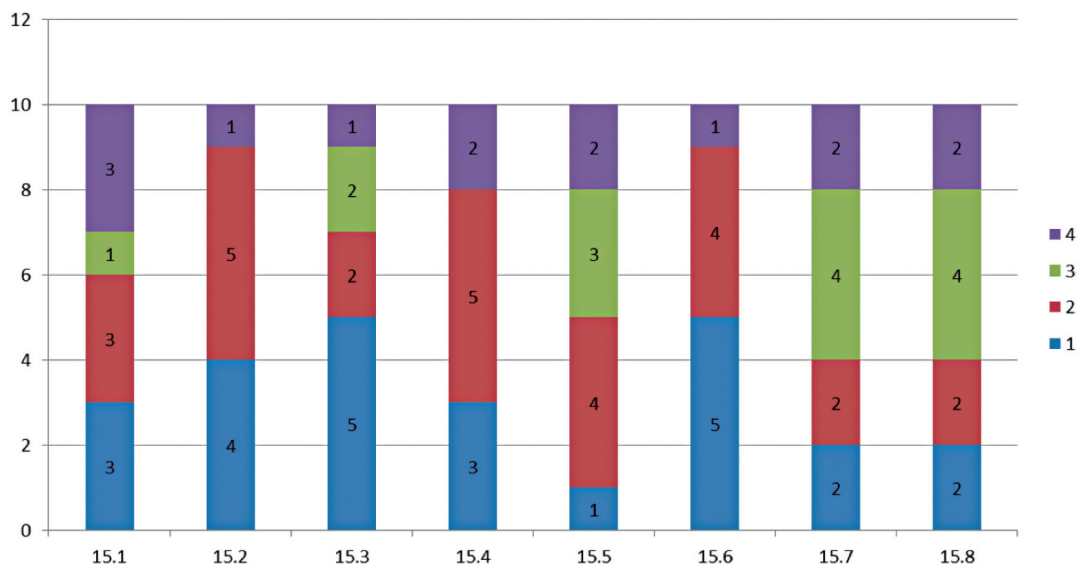
Tabla 39. Grado 13

Grado 13.	N	%
a) En gran parte	0	0,0%
b) En parte	3	30,0%
c) Apenas	4	40,0%
d) En absoluto	2	20,0%
e) No aplica	1	10,0%
Total	10	100,0%

Grado utilidad de los PAS como documentos de referencia contribuyendo a orientar ambos procesos (de elaboración del MAP y del desarrollo de la Programación Operativa)

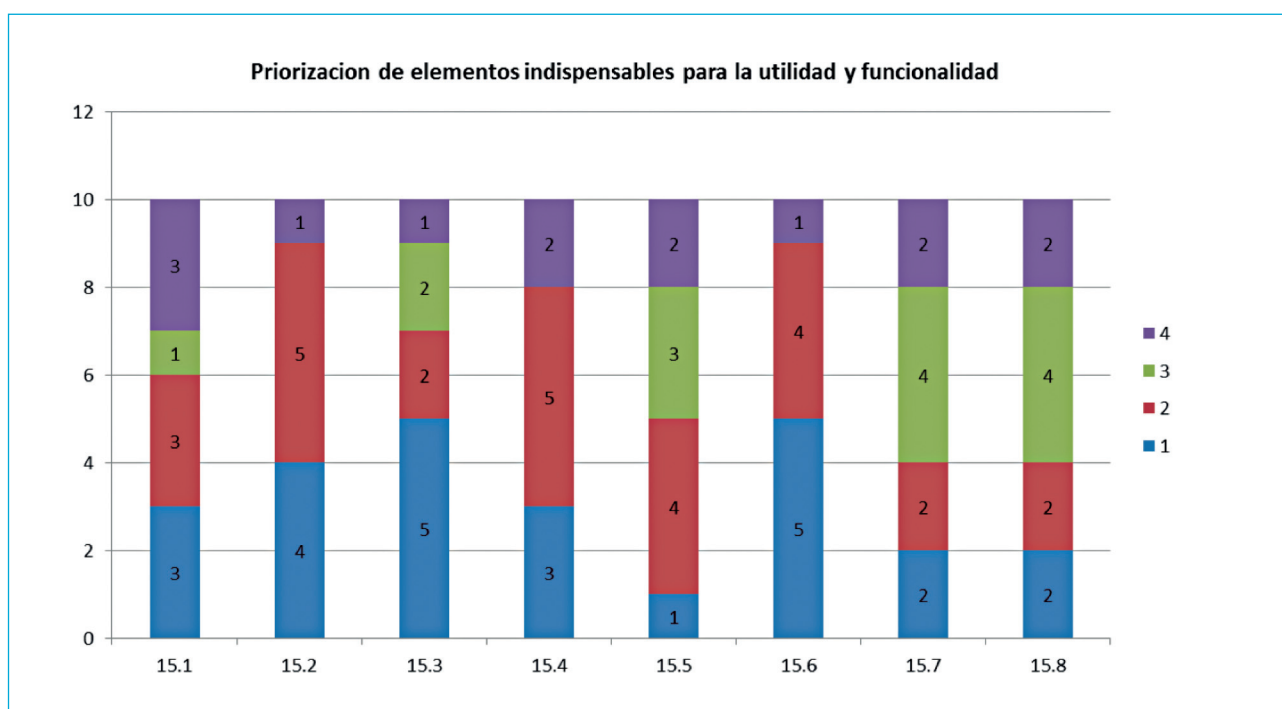


Priorización de elementos indispensables para la utilidad y funcionalidad



15. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con los PAS, prioriza entre los aspectos sugeridos qué elementos serían indispensables para contar con un instrumento útil y funcional con el fin de fortalecer la articulación de los enfoques sectorial, geográfico e instrumental en el marco de la eficacia de la ayuda y lo establecido por el IV PD.

15. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con los PAS, prioriza entre los aspectos sugeridos qué elementos serían indispensables para contar con un instrumento útil y funcional con el fin de fortalecer la articulación de los enfoques sectorial, geográfico e instrumental en el marco de la eficacia de la ayuda y lo establecido por el IV PD. (1 corresponde al valor de mayor priorización y 4 al de menor)	1	2	3	4
15.1. Contar con procedimientos y mecanismos concretos de articulación que garanticen la coordinación entre las Direcciones Geográficas y Sectorial para mejorar la calidad de los procesos estratégicos y el ciclo de gestión de las intervenciones.	3	3	1	3
15.2. Contar con un sistema integrado de información sectorial para facilitar la toma de decisiones en sede y terreno basado en evidencias y aprendizajes de trabajo sectoriales de la CE.	4	5	0	1
15.3. Dotar al PAS de un mayor valor estratégico y funcional para que sus líneas de acción, socios estratégicos, instrumentos, sean una referencia viva para los resultados que se persigan en los MAP y en la PO.	5	2	2	1
15.4. Generación y desarrollo de capacidades técnicas sectoriales a través de una oferta de formación adecuada a las necesidades de los cargos para coadyuvar así a una mayor comprensión y aplicación de la lógica sectorial.	3	5	0	2
15.5. Contar con una planificación plurianual del Departamento de Cooperación Sectorial para el fortalecimiento del enfoque sectorial en la AECID, dotado de un presupuesto propio para su implementación.	1	4	3	2
15.6. Directrices sectoriales claras y prácticas para promover el trabajo intersectorial orientado a resultados de desarrollo integrales.	5	4	0	1
15.7. Contar con la voluntad política y afianzar el compromiso de los niveles directivos con la necesidad de fortalecer y hacer cada vez más funcional el enfoque y los contenidos sectoriales.	2	2	4	2
15.8. Disponer de los PAS estableciendo objetivos, metas en un tiempo dado, así como indicadores de gestión y desempeño para dar seguimiento a su implementación.	2	2	4	2
	25	27	14	14



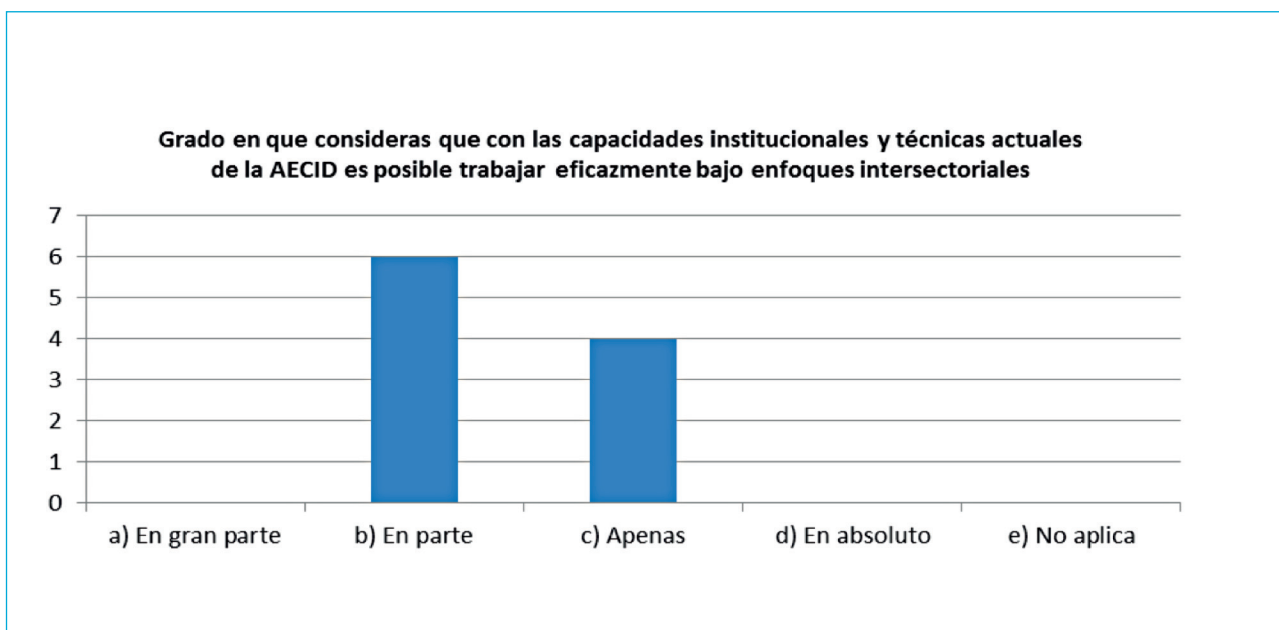
15. Comentarios

1	Necesitamos que se ofrezca a las OTC un apoyo concreto y práctico en la puesta en marcha de proyectos. No se necesita más teoría en los enfoques sino algún documento práctico y, sobre todo, que pueda ser aprovechable para la práctica de la cooperación.
2	La formación está bien pero a ves los responsable de programa no son del sector. Los PAS deben de responder a las prioridades de los países y regionales con los que cooperamos.
3	Entiendo que están validando una propuesta, lo difícil será ponerla en marcha.
4	<ul style="list-style-type: none"> • A mi modo de ver, es el MAP el que debe articular objetivos, metas y tiempos. Si se centraliza en los PAS, perderá la conexión con la realidad, y al final será o bien un corsé, o bien poco práctico y aterrizado. • Las preguntas son demasiado complejas, deberían ser más simples y directas • En estas preguntas, se está mezclando elementos de la utilidad del PAS como tal y necesidades de articulación organizacional (sede-sede, sede-terreno)... que trascienden la función del PAS
5	Creo que conviene relativizar su importancia, que sin duda la tiene, y comprenderlo como un instrumento interno. No creo que proceda la apropiación del mismo por los países socios o las contrapartes cuya lógica es, al fin y al cabo, la que construye nuestra actuación.

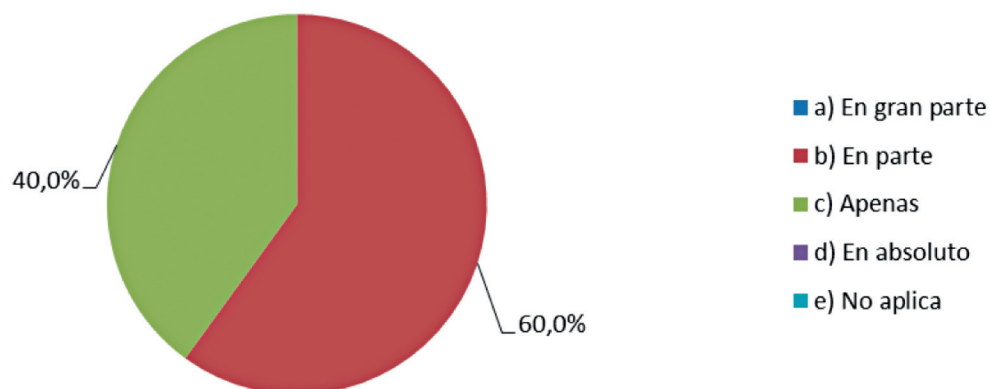
16. ¿Considera que con las capacidades institucionales y técnicas actuales de la AECID es posible trabajar eficazmente bajo enfoques intersectoriales?

Tabla 40. Grado 16

Grado 16.	N	%
a) En gran parte	0	0,0%
b) En parte	6	60,0%
c) Apenas	4	40,0%
d) En absoluto	0	0,0%
e) No aplica	0	0,0%
Total	10	100,0%



Grado en que consideras que con las capacidades institucionales y técnicas actuales de la AECID es posible trabajar eficazmente bajo enfoques intersectoriales

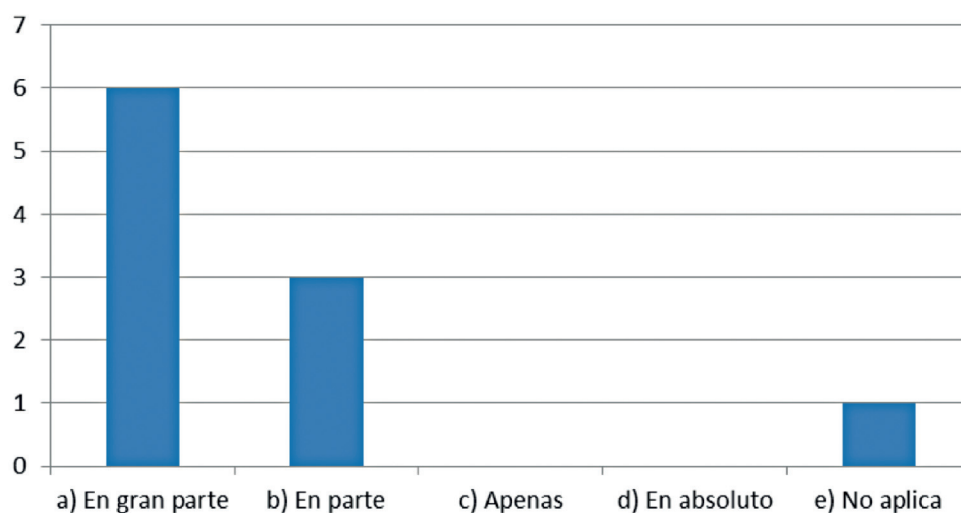


17. ¿Considera que la AECID debe hacer una mayor esfuerzo por fortalecer los contenidos y el diálogo sectorial en terreno?

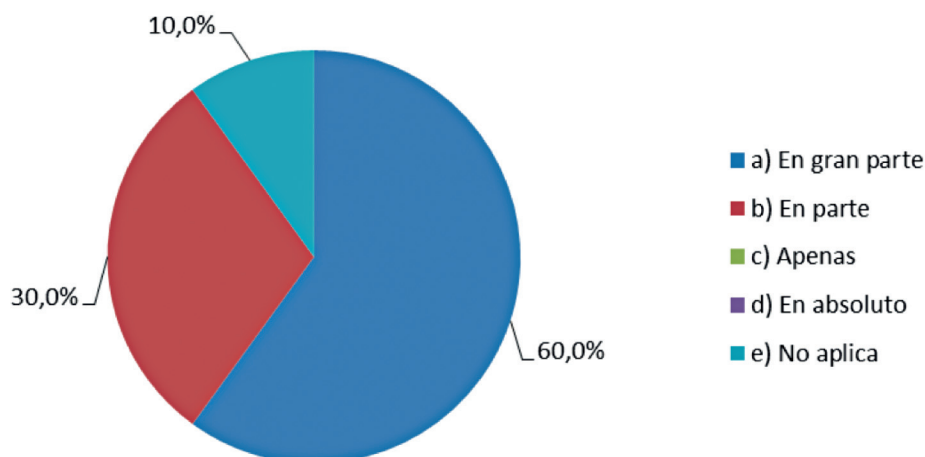
Tabla 41. Grado 17

Grado 17.	N	%
a) En gran parte	6	60,0%
b) En parte	3	30,0%
c) Apenas	0	0,0%
d) En absoluto	0	0,0%
e) No aplica	1	10,0%
Total	10	100,0%

Grado en que consideras que la AECID debe hacer una mayor esfuerzo por fortalecer los contenidos y el diálogo sectorial en terreno



Grado en que consideras que la AECID debe hacer una mayor esfuerzo por fortalecer los contenidos y el diálogo sectorial en terreno



18. ¿Cómo?

1	Activando los foros de expertos y favoreciendo de manera más decidida los trabajos en red
2	Es imprescindible que los procesos se realicen de abajo a arriba (desde el terreno hacia sede) y no al revés como hasta ahora.
3	deben fomentarse reuniones regionales para el análisis de las prioridades nacionales y regionales en relaciona los PAS
4	Aumentando el peso de los especialistas en sede y terreno, disminuyendo el peso de los generalistas cuyo enfoque es básicamente burocrático. Es un problema estructural: hacer comprender que no se trata de mover papeles y adjudicar dinero, sino de conseguir resultados y para ello es necesario que haya un conocimiento especializado que acompañe.
5	Con el apoyo de sede, dotando al terreno de mayor capacidad de decisión e iniciativa. Potenciando los equipos país de sede y evitando decisiones unilaterales de las direcciones geográficas.
6	La pregunta no está bien formulada, se refiere a que AECID sede debe hacer mejor esfuerzo o AECID en general? Porque en terreno ya lo hacemos, y las OTC (UCE) somos AECID.
7	Repito que me parece más necesario focalizarse en resultados que en sectores. Llegar a los resultados a través de los sectores es arriesgado y puede sesgar la toma de decisiones y provocar que se pierdan oportunidades. Para que un enfoque sectorial general en la AECID tuviese un real valor añadido necesitaríamos una unidad sectorial especializada compleja que no está previsto tener.

19. ¿Cuáles consideras que han sido las principales dificultades y obstáculos para la implementación de los PAS?

1	La movilidad del personal técnico que en ocasiones no está especializado
2	Falta de visión única estratégica AECID
3	El proceso de los PAS ha sido esencialmente de sede y no se ha tenido en cuenta las necesidades concretas de los proyectos de terreno. Jamás se ha recibido una respuesta cuando se ha solicitado apoyo desde terreno para una asistencia técnica concreta. Por tanto, el PAS no ha sido útil para la Cooperación Española, que no se hace en los foros internacionales ni en Madrid, sino en los países de intervención.
4	Falta más información, más trabajo conjunto ,más reuniones de trabajo
5	La falta de liderazgo y de voluntad. La escasez de medios para trabajar en red. La falta de comprensión del enfoque basado en resultados. La estructura de la agencia es demasiado vertical, no hay debate ni participación reales, se organizan eventos particulares en sede de vez en cuando (y raramente en terreno), para cubrir el expediente, pero los nuevos enfoques no permean la cultura organizacional.
6	La apropiación de la dirección, principalmente de los departamentos geográficos.
7	Poca difusión. Mucho esfuerzo para elaborarlo y - por tanto - difícil y poco ágil actualización (tiene que ser más ágil y dinámico, más ligero por tanto)
8	Por lo que conocí cuando se iniciaron, el de salud alcanzó un nivel imposible de alcanzar por los demás sectores. Uno de los problemas es la cierta competencia entre militancias sectoriales que dificultan los procesos de identificación.

20. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con los PAS ¿qué características debería reunir un instrumento sectorial para qué fuera funcional a los desafíos que actualmente enfrenta AECID en el periodo de vigencia del IV PD?

1	Ante todo, definir un estilo de trabajo de la cooperación española en el sector concreto coherente con la política española y concentrado en temáticas claves del sector de cara a la consecución de los ODM y la Agenda post2015
2	Visión única estratégica. Supeditación de propuestas, sin importancia del instrumento utilizado al PAS
3	Debería ofrecer a las OTC el refuerzo necesario de las capacidades para responder a la implementación de los proyectos concretos, tanto en la definición de contenidos como en su ejecución.
4	Más allá de lo dicho anteriormente, el PAS debería proponer acciones a desarrollar en relaciones a los resultados obtenidos en las reuniones entre terreno y sede.
5	Facilitar la contextualización y la integración de la agenda internacional. Aportar los elementos y herramientas para el posicionamiento de la Cooperación Española en el País. Facilitar que la CE participe con propiedad en el diálogo de políticas con los socios locales y los otros donantes. Definir espacios para la innovación. Promover la retroalimentación con los actores españoles especializados. Señalar la vía y potenciar los contactos para aumentar la cooperación técnica.
6	Asumido por las direcciones y potenciando los equipos país de sede y con buena participación de terreno.
7	Ver respuesta anterior. Tiene que ser un doc dinámico y no estático. No puede resolver el detalle del terreno, para eso está la programación operativa y los MAP, y desde la distancia de sede tiene que saber orientar muy bien y facilitar la toma de decisiones en el terreno, las cuales no puede ni debe sustituir, pero si ayudar a enmarcar en la visión de política de salud en desarrollo común a la AECID.
8	Debe compilar la información de los procesos de planificación en los países socios e interpretarla para alimentar la política sectorial de la cooperación española y "devolver" información y orientación a las OTC. Es importante entender que se trata de un instrumento intermedio entre las políticas y la planificación en cada país que será más útil cuanto más sencillo sea y más se adapte a necesidades específicas del enfoque por resultados. En cualquier caso sería importante contar con un servicio especializado dentro de la agencia o de forma externalizada que garantizase la consideración del conocimiento específico del sector.

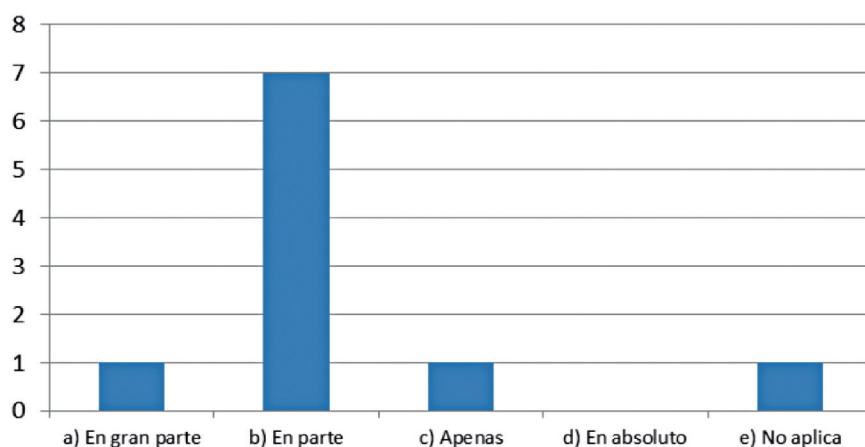
Utilidad del PAS para el trabajo en terreno

6. Desde tu experiencia ¿consideras el PAS de Salud un instrumento útil para el trabajo que desarrolla la AECID en los países socios?

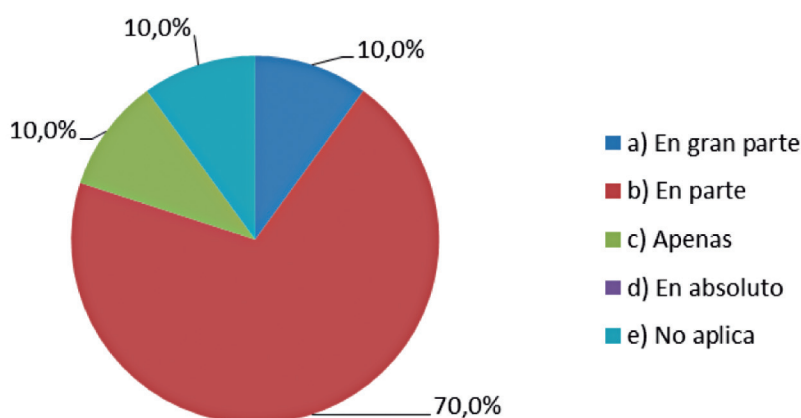
Tabla 42. Grado 6

Grado 6.	N	%
a) En gran parte	1	10,0%
b) En parte	7	70,0%
c) Apenas	1	10,0%
d) En absoluto	0	0,0%
e) No aplica	1	10,0%
Total	10	100,0%

Grado de utilidad del PAS de Salud para el trabajo que desarrolla la AECID en los países socios



Grado de utilidad del PAS de Salud para el trabajo que desarrolla la AECID en los países socios



7. ¿Por qué?

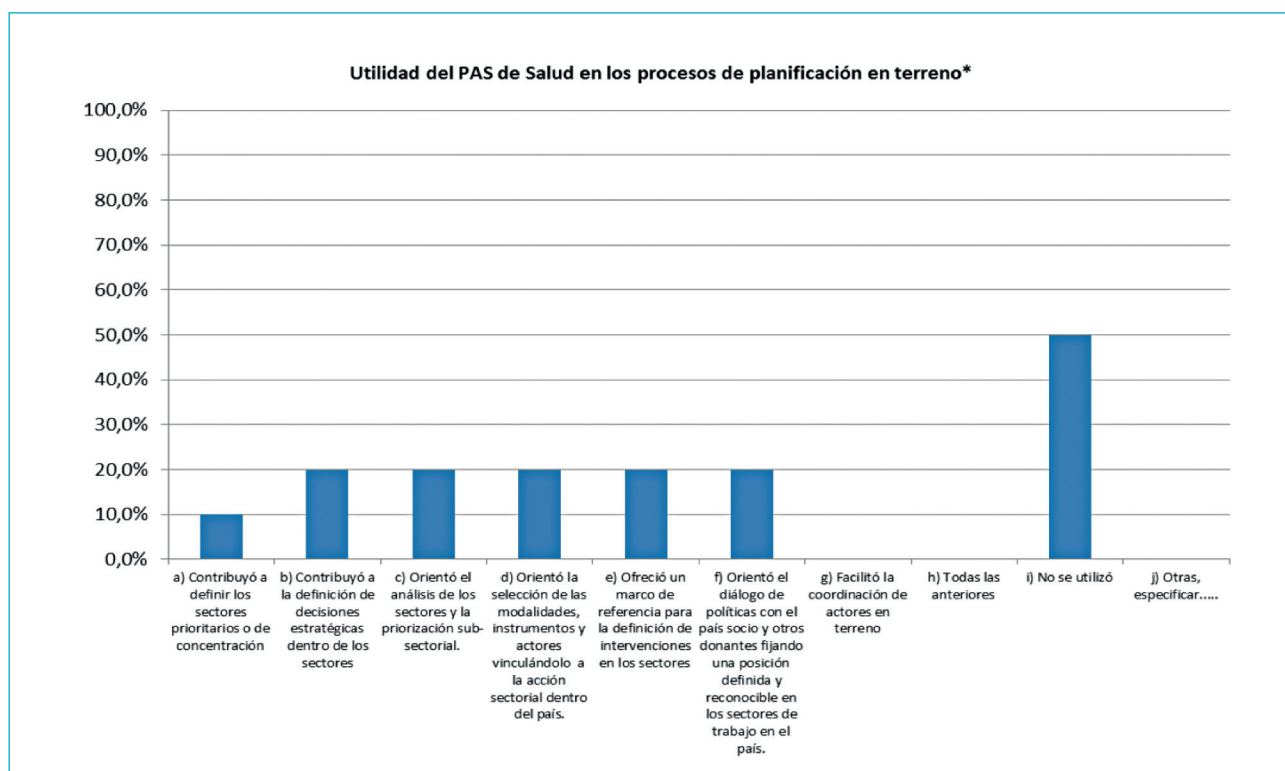
1	Principalmente porque es un elemento de coherencia de políticas públicas españolas en un sector de intervención prioritario de forma general para la Cooperación Española
2	Las actuaciones vienen muy condicionadas por las peticiones del país socio.
3	Como ejercicio teórico ha sido interesante pero, en la práctica, no nos ha servido para el trabajo concreto de las intervenciones ni para la nueva planificación.
4	Porque el instrumento referente es el Plan Nacional de Salud de Mauritania pero permite definir prioridades dentro del mismo a acordar con nuestros doc de planificación
5	Ayuda a orientar las prioridades en el país, pero - no obstante - es una herramienta que necesita mayor practicidad y más difusión
6	Tiene virtudes como medio de intercambiar enfoques y de diálogo, pero en la práctica los instrumentos homogeneizadores de planificación tienen muchos riesgos ya que dificultan aprovechar oportunidades específicas en los países socios. El enfoque sectorial en la planificación puede contradecirse con el enfoque por resultados. Sería más útil mejorar las herramientas de planificación estratégica para la cooperación en general que tienen igual o mayor capacidad de generar información y diálogo.

14. ¿Cuál fue la principal utilidad del PAS de Salud en los procesos de planificación en terreno? Marcar hasta un máximo de 3 opciones

Tabla 43. Utilidad del PAS de Salud en los procesos de planificación

Utilidad 14.	N	%
a) Contribuyó a definir los sectores prioritarios o de concentración	1	10,0%
b) Contribuyó a la definición de decisiones estratégicas dentro de los sectores	2	20,0%
c) Orientó el análisis de los sectores y la priorización sub-sectorial.	2	20,0%
d) Orientó la selección de las modalidades, instrumentos y actores vinculándolo a la acción sectorial dentro del país.	2	20,0%
e) Ofreció un marco de referencia para la definición de intervenciones en los sectores	2	20,0%
f) Orientó el diálogo de políticas con el país socio y otros donantes fijando una posición definida y reconocible en los sectores de trabajo en el país.	2	20,0%
g) Facilitó la coordinación de actores en terreno	0	0,0%
h) Todas las anteriores	0	0,0%
i) No se utilizó	5	50,0%
j) Otras, especificar.....	0	0,0%
Total	16	% (10 pers.)

*El porcentaje se presenta en base al número de personas que han respondido a la presenta pregunta del cuestionario (10)

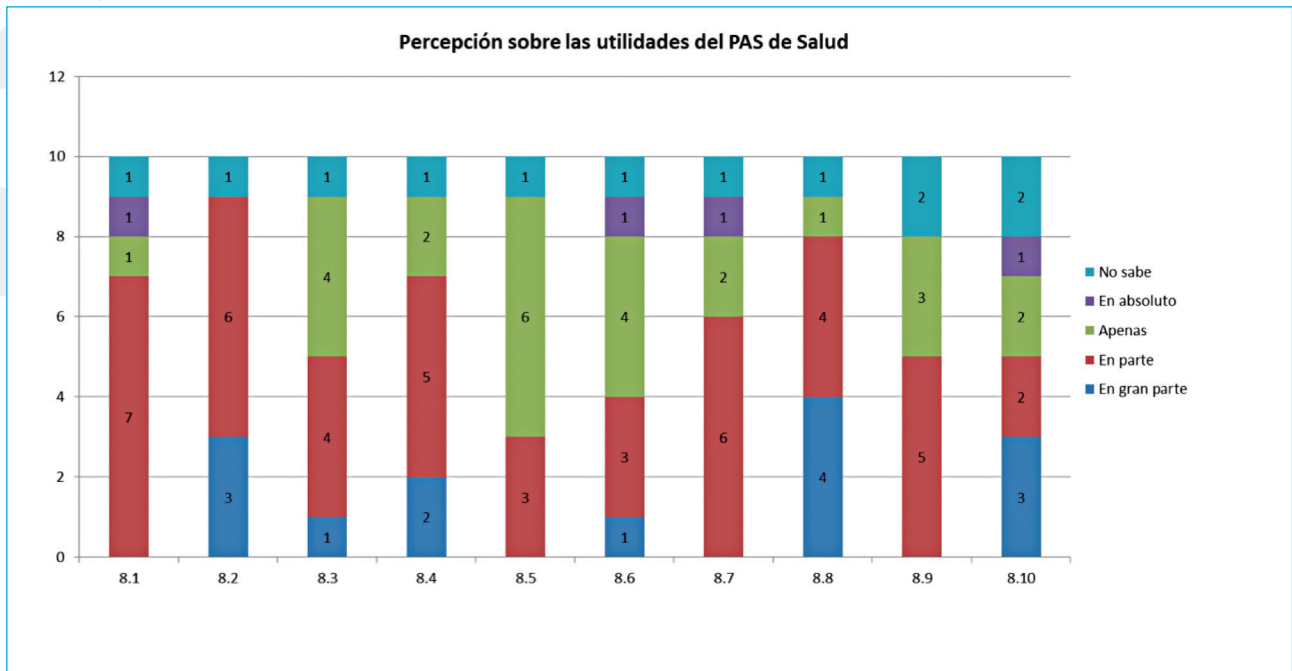


14. Comentarios

1	El sector estaba fuera de prioridades desde 2010.
2	En los que me ha tocado participar no se utilizó al no ser un sector de concentración o porque se realizaron antes del PAS

8. Percepción sobre las utilidades del PAS de Salud.

8. En base a tu conocimiento y experiencia de trabajo con los Planes de Actuación Sectorial, consideras que ...	En gran parte	En parte	Apenas	En absoluto	No sabe
8.1. Son un instrumento útil para la alineación con el marco de políticas del país socio en el sector correspondiente	0	7	1	1	1
8.2. Son un instrumento útil para orientar el proceso de priorización sectorial y sub-sectorial.	3	6	0	0	1
8.3. Permite fortalecer la coordinación y articulación entre los diferentes actores de la CE, de la AECID y/o con otros socios para el desarrollo (p.ej. donantes o países socios) en terreno	1	4	4	0	1
8.4. Son un instrumento útil y relevante para orientar y contribuir a la toma de decisiones sectoriales en los procesos estratégicos donde participa la AECID.	2	5	2	0	1
8.5. Son un instrumento útil y relevante para orientar las decisiones presupuestarias e instrumentos de canalización de la ayuda a un determinado sector	0	3	6	0	1
8.6. Son un instrumento útil para integrar la lógica geográfica, instrumental y sectorial atendiendo las diferentes demandas y necesidades que se plantean en terreno	1	3	4	1	1
8.7. Son un instrumento útil para el diálogo de políticas sectorial con el país socios y otros socios para el desarrollo	0	6	2	1	1
8.8. Son más una herramienta de apoyo que un instrumento estratégico-operativo con utilidad real y efectiva para influir en los procesos y toma de decisiones claves de la Agencia	4	4	1	0	1
8.9. Tienen un valor estratégico para afianzar el enfoque sectorial en la Agencia. Sin él se dificultaría que el enfoque sectorial pudiera influir en la toma de decisiones de procesos estratégicos de la AECID.	0	5	3	0	2
8.10. Son un instrumento clave para mejorar el nivel de coherencia sectorial de las acciones de la AECID, incrementando el grado de coordinación vertical (sede-terreno) y horizontal (coordinación de las unidades de sede entre si y entre las diferentes UCES)	3	2	2	1	2
	14	45	25	4	12



8. Comentarios

1	No han servido, como se esperaba, para que los servicios especializados de sede sirvieran de apoyo a los proyectos y programas en el terreno. En las OTC hemos tenido que seguir montando los proyectos sin recibir el apoyo necesario especializado que esperábamos como resultado del Plan.
2	No he respondido las dos últimas porque tengo muchas dudas sobre el modo de interpretar la concentración sectorial con carácter general en la AECID. La concentración sectorial no es un fin en sí mismo, sólo si permite la eficacia de la cooperación, y este no es el caso en muchas ocasiones. Aunque el sector salud es uno de los mejor definidos y su plan de actuación sectorial era el mejor elaborado, comparte también el riesgo (más claro en otros sectores) de dificultar el uso de los enfoques locales, su terminología y su capacidad de dirigirse a resultados que con frecuencia son multisectoriales.

5

Anexo 7. Listado de fuentes

Fuentes Primarias¹

Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID)

- Beatriz Álvarez. Técnica Experta en Cooperación en materia de género. Unidad de Género
- Cristina Álvarez. Técnica Área de Salud. Departamento de Cooperación Sectorial
- Maite Ambros. Jefa del Área de seguimiento de ONGD. Departamento de ONGD
- Carlos Aragón. Jefe del Departamento de Cooperación con los Países Andinos y el Cono Sur
- Natxo Bellés Marzá, Asesor técnico Departamento de Cooperación con los Países Andinos y el Cono Sur
- Paloma Cano, Jefa de Servicio de la Unidad de Empresa y Desarrollo del Departamento de Cooperación Sectorial (AECID). Integrante del Comité de Seguimiento de la evaluación.
- Nuria Carrero Riobos, Técnico país Guatemala. Departamento de Cooperación con Centroamérica, México y el Caribe
- Fernando Castillo. Jefe del Departamento de Cooperación Multilateral
- Anna Cirera, Técnica del Área de Salud. Departamento de Cooperación Sectorial (AECID)
- Mónica Colomer. Jefa del Departamento de Cooperación con Centroamérica, México y Caribe
- Rosa Elcarte. Primera Directora de Cooperación Sectorial y Multilateral
- Bella Fernández, Responsable Programas en Honduras. Experta sectorial en terreno integrante de la Red de Expertos de Salud de la AECID.
- Christian Freres, Experto en Eficacia de la Ayuda en la Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad de la Ayuda (UPEC) de la AECID. Integrante del Comité de Seguimiento de la evaluación.
- Sergio Galán, Jefe del Área de Salud del Departamento de Cooperación Sectorial (AECID). Integrante del Comité de Seguimiento de la evaluación.
- Estibaliz García. Técnica Área de Salud. Departamento de Cooperación Sectorial
- Javier Gavilanes. Jefe del Departamento de Cooperación Sectorial
- Juancho Izuzquiza. Jefe de la Oficina del FONPRODE y de Cooperación Financiera
- Laura López de Cerain. Directora de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera
- Laura López-Ortum. Área de Organismos Internacionales- Departamento de Cooperación Multilateral
- Auxiliadora Manrique. Unidad de Gobernabilidad. Departamento de Cooperación Sectorial
- Maite Martín-Crespo. Jefa del Área de Medio Ambiente y cambio climático
- Beatriz Novales Jefa de la Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad de la Ayuda (UPEC) de la AECID.
- Elena Montobbio. Ex Jefa del Departamento de Cooperación Sectorial y Género
- Luis Puentes. Ex Jefe del Departamento de Cooperación Sectorial
- Carmen Rodríguez Arteaga Jefa del Área de Educación del Departamento de Cooperación Sectorial (AECID) y Coordinadora de los PAS.

¹ Se han realizado un total de 35 entrevistas y con la inclusión de las otras técnicas han participado un total de 48 personas.

- Itziar Ruiz. Departamento de Cooperación Multilateral
- Mari Cruz del Saso. Unidad de Ayuda Programática. Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera
- Ana Regina Segura. Jefa de Área de Desarrollo Rural, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Departamento de Cooperación Sectorial
- Laura Soria, Técnico país para Malí, Níger y Burkina Faso del Departamento de Cooperación con África Subsahariana (AECID)
- Susana Velázquez. Jefa de la Unidad de Apoyo de la Dirección de Cooperación Sectorial y Financiera

Secretaría General De Cooperación Internacional Para El Desarrollo (SGCID)

- Miguel Casado, Jefe del Área de Salud. Integrante del Comité de Seguimiento de la evaluación.
- Eva del Hoyo, Jefa del Área de Eficacia del Desarrollo y Coherencia de Políticas
- Gonzalo Vega. Representación permanente de España ante Naciones Unidas

Otras instituciones.

- Luis Cámara, Director de Asistencia Técnica en Fundación CIDEAL. Metodólogo en el proceso de elaboración de los PAS.
- Karoline Fernández de la Hoz. Jefa de la Unidad de Coordinación Técnica Internacional del MSSSI
- Félix Fuentenebro. Director de la Federación de MedicusMundi
- Susana de Funes. Ex gerente del Fondo España-OPS
- Juan Garay. Delegación de la Comisión Europea en México.
- Marisa García Tuñón. Subdirección de Relaciones Internacionales del MSSSI
- Tomás López Peña. Área de Programas Internacionales. ISCIII
- Carlos Miranda. Dirección Territorial de Madrid de Farmamundi
- Luis Mora. Director de la Unidad de Género, Derechos Humanos y Cultura del UNFPA
- Filomena Ruggiero. Federación Estatal de Planificación Familiar
- Joan Tallada. Asesor Senior en Políticas de Salud Global (ISGlobal)

Fuentes Secundarias

Documentos Estratégicos y de Planificación y Evaluaciones:

- Política de Evaluación de la Cooperación Española
- III Plan Director de la Cooperación Española
- IV Plan Director de la Cooperación Española
- Contrato de gestión de la AECID
- Plan Estratégico de la AECID (2014-2016)
- Hoja de ruta de AECID (2011 y 2012)
- 4 Evaluaciones (III PD, Implementación DP, IHP+ y Fondo OPS)
- Documentos de análisis sobre el enfoque sectorial y la concentración sectorial

Documentos Estratégicos del sector salud

- Comunicación "El rol de la Salud Global en la UE"
- Conclusiones sobre Salud Global del Consejo de Ministros de la Comisión Europea
- Programa de Acción en la Salud Global de la UE
- Estrategia de Salud de la Cooperación Española
- Diagnóstico sectorial de la ayuda de la Administración General del Estado (AGE) al sector salud

Informes sobre el sector

- Informes sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria de Médicos del Mundo, MedicusMundi y Prosalus (2009, 2010, 2011, 2012 y 2013)
- Informes de Acción por la Salud Global : Eficacia de la ayuda en salud 2011, Revisando la realidad a 2010, la Salud en el IV PD, Quien paga por la salud: Tendencias de la AOD en salud
- Red Activas: Género en el IV Plan Director

Documentos de Planificación

- Metodología de elaboración de los MAP (2010 y 2013)
- MAPs elaborados: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Etiopía, Filipinas, Guatemala, México, Namibia, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Senegal y Uruguay.
- Manuales de Programación Operativa
- Informes sobre la Programación Operativa (2010, 2011) y Manual y presentación 2012-2013
- PAS Salud
- Nota del sector salud vinculada al III PD
- Ficha de salud
- Otros Planes Sectoriales (Género y Desarrollo, Educación, Medioambiente y cambio climático,...)

Documentos de coordinación con otros actores

- Actas y documentos de grupos de trabajo de la MASCE
- Informes y notas informativas sobre Reuniones de expertos/as de Salud Global en la UE y de Seminarios
- Newsletters del Área de Salud
- Notas informativas sobre Salud Global

Documentos de la Red de Expertos/as de Salud

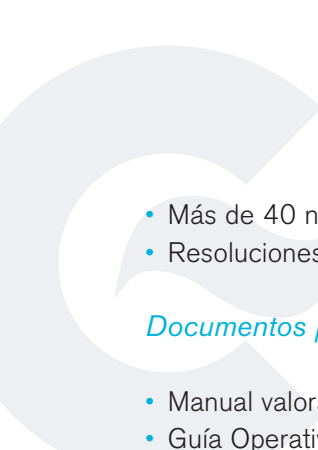
- Plan de trabajo de la RES (anterior y actualizado)
- Actas de reuniones de la RES (Bolivia y Mozambique)
- Conclusiones Encuentro 25 años AECID
- Informe conclusiones 10 encuentros de la Red de expertos/as

Bases de datos

- Departamento de ONGD
- Unidad de Ayuda Programática
- Unidad de Estadísticas de SGCID-Seguimiento PACI
- Unidad de Cooperación Multilateral

Documentos sobre instrumentos

- IHP: Notas informativas, Informes de seguimiento, Actas de reuniones del IHP Evaluación del IHP
- Iniciativa de Salud Mesoamericana: Notas informativas y Plan de Gestión Institucional
- Ayuda Programática en salud
- Iniciativas Globales: Notas informativas, notas de posicionamiento de la Cooperación Española en las reuniones de las Iniciativas e Informes de las reuniones
- Fondos Multilaterales: Planificación e Informes de los Fondos
- Notas informativas e informes sobre P4H y SOCIEUX

- 
- Más de 40 notas informativas elaboradas por el Área de Salud
 - Resoluciones (ONUSIDA, OMS)

Documentos para la implementación

- Manual valoración ONGD
- Guía Operativa para la respuesta directa de salud en desastres
- Guía de la Cooperación Española para la incorporación de TICs en las intervenciones de salud
- Directrices Salud para el Fondo del Agua

Documentos sobre planificación

- Informes bimensuales de las OTC de diferentes países facilitados por la Dirección de CAEEO

5 Anexo 8. Matriz Evaluativa

Pregunta Marco 1: ¿El PAS-S ha resultado un instrumento útil para la planificación estratégico-operativa del contenido sectorial en salud en la AECID?. Fortalezas y limitaciones del instrumento

DIMENSIÓN: DISEÑO		TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	
ELEMENTOS DE ANÁLISIS	INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criterio COHERENCIA: Medida en que el PAS-S es congruente con el marco político-estratégico en el que se enmarca ▪ Criterio RELEVANCIA: Medida en que el PAS es congruente con los resultados del diagnóstico que antecedió su diseño, incluyendo las necesidades detectadas y las ventajas comparativas de la AECID en el sector salud, y su adaptabilidad a los cambios de contexto 			
<p>P.1. Adecuación de la concepción y el diseño del PAS-S con el marco rector que lo fundamenta, los resultados del diagnóstico que antecedieron su diseño y los cambios del contexto</p>	<p>P.1.1. Los enfoques, las prioridades y temáticas a las que se dirige el PAS-S se alinean con las prioridades estratégicas y disposiciones de la CE plasmadas en sus documentos marco</p> <p>P.1.2. Los enfoques, las prioridades, temáticas y orientaciones del PAS-S han permitido incorporar compromisos internacionales asumidos por la CE en el período 2011-2013</p> <p>P.1.3. Los enfoques transversales de la CE han sido atendido adecuadamente en el diseño apreciándose tanto en su contenido como en sus diferentes niveles de planificación</p> <p>P.1.4. El contenido del PAS-S se corresponde con los hallazgos del diagnóstico y sus líneas estratégicas, acciones prioritarias y orientaciones reflejan las ventajas comparativas de la AECID en el sector salud y que fueron identificadas por el mismo.</p> <p>P.1.5. El contenido del PAS-S ha tenido vigencia ante los cambios del contexto (económicos, institucionales, políticos, sociales etc.), identificándose una línea de coherencia entre sus orientaciones y las decisiones tomadas, los procesos ya iniciados al interior de la AECID y los compromisos asumidos con otros socios para de desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión documental: III PD, Estrategia Sectorial, PAS-S, Diagnóstico salud 2005-2008 ▪ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID ▪ Grupo Discusión: MASCE ▪ Revisión documental: Compromisos CE con la Agenda de la Eficacia (DPA, Cod. Con. Grupo Eficacia Ayuda OCDE); Compromisos CE en salud (documentos OMS); PAS-S; Diagnóstico salud (2005-2008); Informes de seguimiento IHP+ y de estrategias internacionales e iniciativas globales en el sector ▪ Entrevistas: expertos sectoriales, REPER, personal técnico con funciones vinculadas a iniciativas internacionales (p.ej. IHP+) ▪ Grupo Discusión: MASCE ▪ Análisis del PAS-S ▪ Entrevistas: expertos sectoriales, directivos e ideólogos de los PAS ▪ Grupo Discusión: expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE ▪ Cuestionario: RES ▪ Revisión documental: PAS-S, Diagnóstico salud 2005-2008 ▪ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID ▪ Grupo Discusión: MASCE ▪ Revisión documental: PAS-S, notas sectoriales internas AECID, informes seguimiento iniciativas globales, notas de posicionamiento sectorial AECID, nota posicionamiento sectorial CE y actas de foros internacionales en salud con participación AECID. ▪ Revisión bases de datos e informes AOD: Datos estadísticos período 2009-2013 e Informes sectoriales de agentes no gubernamentales. ▪ Grupo Discusión: expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE ▪ Taller Teoría del Programa 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criterio COHERENCIA INTERNA: Medida en que el PAS-S es internamente consistente, existiendo una articulación entre los objetivos, resultados, acciones e indicadores. 		FUENTES DE INFORMACIÓN
ELEMENTOS DE ANÁLISIS	INDICADORES	
<p>P.2. Adecuación de la operatividad del instrumento para ser implementado y posibilitar el seguimiento de su gestión y desempeño.</p>	<p>P.2.1. El PAS-S presenta una lógica de intervención con una secuencia (1) clara y bien definida, (2) articulada, (3) que prioriza y es coherente con objetivos, resultados, metas, acciones e indicadores, facilitando su tratamiento bajo un enfoque basado en la gestión por resultados.</p> <p>P.2.2. El PAS-S explicita los supuestos de la TB de Cambio, identificando el nivel donde pretende generar los cambios (foco) entorno a las actuaciones y posición de la AECID en el sector: eficacia de la ayuda, coordinación liderazgo en el sector,, participación, apropiación y organización del trabajo.</p> <p>P.2.3. El PAS-S ha establecido un marco de resultados acompañado con indicadores pertinentes que contribuye a la mejora de su gestión y desempeño, así como la transparencia y la rendición de cuentas del instrumento</p> <p><i>P.2.3.1. Existe una estrategia y sistema de seguimiento y evaluación (periódico y continuo) bajo un enfoque de aprendizaje y mejora continua.</i></p> <p><i>P.2.3.2. Hay establecidas mecanismos para la transparencia y la rendición de cuentas mutua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión documental: PAS-S, documentos institucionales que explicitan estrategia SxS, Seguimiento PACIS ▪ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID , UPEC. ▪ Taller Teoría del Programa ▪ Grupo Discusión: MASCE ▪ Cuestionario: RES
<p>Dimensión: PROCESO/RESULTADOS</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criterio CONCENTRACIÓN: Medida en que el PAS-S ha orientado el proceso de concentración de las intervenciones de salud de la AECID. ▪ Criterio INSTRUMENTO: Medida en que el PAS-S ha influido sobre la canalización de la AOD en salud (modalidad e instrumento) efectuada por AECID. ▪ Criterio EFICACIA: Medida en que el PAS-S ha incidido en el contenido y diálogo de políticas sectorial en salud en el proceso de negociación de los MAP y diseño de la PO. 		
ELEMENTOS DE ANÁLISIS	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>P.3. Capacidad del PAS-S para influir/u orientar los procesos institucionalizados de planificación de la Agencia y la toma de decisiones sobre el contenido sectorial en salud.</p>	<p>P.3.1. Incidencia del PAS-S en el proceso de negociación de los MAP y procesos de planificación y programación internos de la AECID, apreciable tanto en las metodologías, como en el contenido o productos que emanan de estos procesos (MAP, PO, Planificación Estratégica AECID y Contrato de Gestión)</p> <p><i>P.3.1.1. El PAS-S es conocido y valorado positivamente por sus potenciales usuarios (conocida su existencia y sus principales características).</i></p> <p><i>P.3.1.2. Los PAS se atienden en la Metodología de los MAP y PO</i></p> <p><i>P.3.1.3. Se ha protocolizado la utilización de los PAS en la Agencia en los procesos clave y decisiones presupuestarias vinculadas al contenido sectorial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión documental: Metodologías de los MAP y PO, Planificaciones y programaciones país de los MAP y PO, informes de seguimiento, revisiones intermedias, valoraciones/ evaluaciones finales vinculados a los MAP y PO. ▪ Revisión documental: planificación estratégica, hojas de ruta y contrato gestión AECID y documentos formales para protocolizar la utilización de los PAS ▪ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, jefes y personal técnico de Departamento en Geográficas, UPEC-AECID, Área Eficacia para el Desarrollo -SGCID, Coordinadores OTC, Expertos/as sectoriales en terreno

<p>... continuación</p> <p>P.3. Capacidad del PAS-S para influir/ u orientar los procesos institucionalizados de planificación de la Agencia y en la toma de decisiones sobre el contenido sectorial en salud.</p>	<p>P.3.1.4. Incidencia del PAS-S en el proceso de elaboración de las MAP y PO y reflejo del sector salud en el documento final emitido por los países (criterios de equidad en el sector salud y atención división de trabajo de la UE)</p> <p>P.3.1.5. El PAS-S facilita el diálogo de políticas con el país y define una posición reconocible dentro del sector.</p> <p>P.3.1.6. Incidencia de los PAS en otros procesos planifición y programación internos de la AECID (Planificación Estratégica AECID, Hojas de Ruta anuales y Contrato de Gestión)</p> <p>P.3.2. La toma de decisiones en la AECID sobre el contenido sectorial en salud responde a criterios estratégicos y claros recogidos en el PAS-S (elementos de ventaja comparativa y valor añadido, los cuales son conocidos por todos los agentes críticos y considerados válidos para orientar dicho proceso.</p> <p>P.3.2.1. Los tomadores de decisiones (Direcciones, Geográficas, Coordinadores, Departamento con presupuesto propio, etc.) reconocen el PAS-S como un referente en su acción y toma de decisiones sectorial que orienta sobre qué hacer en salud, dónde, cómo y con quién</p> <p>P.3.2.2. Las decisiones presupuestarias se han alineado con PAS-S, siendo visible en la distribución de la AOD en salud de la AECID y en el grado de concentración sectorial e (intra-sectorial (sub-sectores), selección de modalidades, instrumentos, actores y ámbito geográfico de actuación</p> <p>P.3.2.3. El PAS-S facilita el diálogo de políticas de la AECID con otros donantes y organizaciones, así como la definición de una posición política sectorial fundamentada y reconocible en los foros internacionales sobre salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno ▪ Cuestionario: RES y Coordinadores/as <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión documental: PAS-S, notas sectoriales internas AECID, informes seguimiento iniciativas globales, notas de posicionamiento sectorial AECID, nota posicionamiento sectorial CE y actas de foros internacionales en salud con participación AECID. ▪ Revisión bases de datos e informes AOD: Datos estadísticos período 2009-2013, estadísticas sectorial salud OCDE e informes sectoriales de agentes no gubernamentales ▪ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, jefes de Departamento en Geográficas, Directora CIMHYF, Coordinadoras OTC, Expertos/as sectoriales en terreno, REPER Ginebra, NY y Bruselas, integrantes MINAS, Departamento de OINGD, Unidad de Ayuda Programática, Departamento de Cooperación Multilateral, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera, Gestores de Programas, Referentes IHP ▪ Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE ▪ Cuestionario: RES y Coordinadores/as ▪ Taller Teoría del Programa
---	--	---

Pregunta Marco 2: ¿El PAS-S ha resultado un instrumento útil para fortalecer procesos de coordinación en salud con actores socios para el desarrollo, incluyendo los países socios? Fortalezas y limitaciones del instrumento.

Dimensión: PROCESO		TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	
ELEMENTOS DE ANÁLISIS		INDICADORES	
<p>▪ Criterio COORDINACIÓN: Medida en que el PAS-S ha facilitado el grado de coordinación interna y externa de la AECID y fortalecido la articulación vertical y horizontal dentro de la Agencia.</p> <p>▪ Criterio TRANSVERSALIDAD: Medida en que el PAS, de modo sistemático e intencionado, ha contribuido a incorporar horizontalmente el sector salud en otros sectores y actuaciones de la AECID.</p> <p>▪ Criterio EFICACIA: Medida en que el PAS-S ha incidido en una mayor coherencia sectorial dentro de la AECID.</p>	<p>P.4. Adecuación del PAS-S para fortalecer el grado de coordinación y articulación de la AECID a la interna de la institución y con otros actores vinculados a resultados de desarrollo en el sector salud.</p> <p>Vinculado a resultados P.3 sobre la incidencia del PAS-S en el diálogo de política sectorial con los países socios en el terreno</p>	<p>P.4.1. El PAS-S es un instrumento con un adecuado nivel de apropiación dentro de la estructura de la AECID (sede y terreno).</p> <p>P.4.2. El PAS-S ha fortalecido la coordinación y articulación sectorial en salud dentro de la estructura de la AECID (sede y terreno):</p> <p>P.4.2.1. <i>Coordinación vertical (sede-terreno)</i></p> <p>P.4.2.2. <i>Coordinación horizontal (entre las unidades de sede entre sí y entre los diferentes UCES)</i></p> <p>P.4.2.3. <i>La protocolización de la coordinación interdepartamental facilita la articulación de decisiones, actuaciones y la generación de sinergias</i></p> <p>P.4.2.4. <i>La RES de Salud contribuye a la coordinación entre los UCES y a la coherencia sectorial regional.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: PAS-S, notas sectoriales internas AECID, documentos estratégicos de la AECID, MAP y PO, notas de posicionamiento sectorial de AECID, informes de seguimiento de la acción en terreno, documentos de protocolización de la coordinación, plan de actuación de la RES, etc. Entrevistas: jefes y personal técnico de Departamento en Geográficas, Directora CMHYF, Coordinadores OTC, Expertos/as sectoriales en terreno, Departamento de ONGD, Unidad de Ayuda Programática, Departamento de Cooperación Multilateral, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno Cuestionario: RES y Coordinadores/as Taller Teoría del Programa
<p>P.4.3. El PAS-S ha fortalecido la coordinación de la AECID con los diferentes agentes sectoriales vinculados a la cooperación, así como a la toma de posiciones conjuntas y coherentes con el marco rector de la CE:</p> <p>P.4.3.1. <i>En relación a los diferentes agentes de la AGE</i></p> <p>P.4.3.2. <i>En relación a los diferentes agentes de la CE</i></p> <p>P.4.3.3. <i>En relación a otros donantes en terreno y en foros internacionales (vinculada a P.3.2.3)</i></p> <p>P.4.3.4. <i>En relación a la armonización de enfoques con los EE. MM. de la UE en el sector salud.</i></p> <p>P.4.3.5. <i>En relación a las mesas de armonización: MINAS y MASCE</i></p> <p><i>En relación a los países socios se da respuesta en la P.3</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: PAS-S, notas sectoriales internas AECID, informes seguimiento iniciativas globales, notas de posicionamiento sectorial AECID, nota posicionamiento sectorial CE, informes de seguimiento iniciativas globales, actas reunión MASCE y MINES, actas de foros internacionales en salud con participación AECID. Revisión bases de datos e informes AOD: Datos estadísticos período 2009-2013 Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, Jefes de Departamento en Geográficas, Coordinadores OTC, Directora CMHYF, Expertos/as sectoriales en terreno, REPER Ginebra, NY y Bruselas, Referentes en OO.II., Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Unidad de Ayuda Programática, Departamento de Cooperación Multilateral, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera, Gestores de Programas, Referentes IHP+ Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE Cuestionario: RES y Coordinadores/as Taller Teoría del Programa 		

	<p>P.4.4. El PAS-S ha favorecido el alineamiento de las actuaciones de la AECID con los marcos nacionales de salud y el alineamiento con los procedimientos de los países socios</p> <p><i>P.4.4.1. Utilización del apoyo presupuestario o el enfoque basado en programas como instrumento preferente para canalización AOD de salud</i></p> <p><i>P.4.4.2. Canalización preferente por IHP+ en los países con acuerdo</i></p> <p><i>P.4.4.3. El alineamiento con los países socios o fortalecido el diálogo de políticas sectorial en salud.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión documental: MIAPs con priorización salud, informes de seguimiento semestrales de los países con sector salud priorizado, informes seguimiento IHP+, datos estadísticos periodo 2009-2013 ■ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, Jefes de Departamento en Geográficas, Coordinadores OTC, Unidad de Ayuda Programática, Referentes IHP + ■ Grupo Discusión: Sectorial y expertos/as sectoriales en salud en terreno ■ Cuestionario: RES y Coordinadores/as
<p>... continuación</p> <p>P.4. Adecuación del PAS-S para fortalecer el grado de coordinación y articulación de la AECID a la interna de la institución y con otros actores vinculados a resultados de desarrollo en el sector salud.</p>	<p>P.4.5. El PAS-S presenta una propuesta estructurada e intencionada que facilita y orienta la transversalización de la salud en las políticas y el trabajo intersectorial.</p> <p><i>P.4.5.1. Las orientaciones presentes en el PAS-S para favorecer la transversalidad del sector salud son conocidas y consideradas útiles y eficaces por los agentes clave.</i></p> <p><i>P.4.5.2. Se han desarrollado propuesta y actuaciones para transversalizar el sector salud y/o desarrollar un trabajo planificado de intersectorialidad.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión documental: PAS-S, documentos con orientaciones/directrices específicas para facilitar el trabajo intersectorial con salud, MIAPs o propuestas en sede y terreno con evidencias de transversalización sector salud y/o trabajo intersectorial. ■ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, jefes de Departamento en Geográficas, Coordinadores OTC, Expertos/as sectoriales en terreno, Departamento de ONGD, Unidad de Ayuda Programática, Departamento de Cooperación Multilateral, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera, Gestores de Programas, ■ Grupo Discusión: Sectorial y expertos/as sectoriales en salud en terreno y MIASCE ■ Cuestionario: RES y Coordinadores/as
	<p>P.4.6. Diferentes agentes sectoriales vinculados a la cooperación valoran positivamente como el PAS-S ha contribuido al fortalecimiento de la AECID como un actor líder y referencial en la acción y posición política sobre salud y cooperación.</p> <p><i>P.4.6.1. Socios clave para el sector dentro de la CE armonizar actuaciones y posiciones con el PAS-S.</i></p> <p><i>P.4.6.2. Socios clave para el sector fuera de la CE identifican en la AECID una posición política y estratégica definida y coherentes sobre temas clave sectoriales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, jefes de Departamento en Geográficas, Coordinadores OTC, Directora CIMHyF, Expertos/as sectoriales en terreno, REPER Ginebra, NY y Bruselas, Referentes en OO.II, Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Unidad de Ayuda Programática, Departamento de Cooperación Multilateral, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera, Gestores de Programas, Referentes IHP + ■ Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MIASCE ■ Cuestionario: RES y Coordinadores/as

Pregunta Marco 3: Limitaciones y logros alcanzados en la implementación del contenido del PAS-S. Factores obstaculizadores y favorecedores de los mismos

Dimensión: RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> Criterio EFICACIA: Medida en que se lograron los propósitos previstos en el PAS-S, así como el avance en las líneas estratégicas y acciones prioritarias recogidas en él. Criterio SOSTENIBILIDAD: Probabilidad de que los resultados alcanzados se consoliden y perduren en el tiempo <p>Se vincula con los resultados de los Criterios CONCENTRACIÓN E INSTRUMENTO en la P.3. Se complementa con los resultados del Criterio de COORDINACIÓN en la P.4. por su vínculo con los resultados de la LE-3 del PAS-S "Fortalecimiento de Capacidades" para la mejora de la coordinación.</p>	
ELEMENTOS DE ANÁLISIS	INDICADORES
<p>P.5. Grado de avance en las líneas estratégicas y acciones prioritizadas por el PAS-S</p> <p>Vinculado a resultados P.3.2.2. sobre la CONCENTRACIÓN para contrastar el grado de correspondencia con la Calidad de la Ayuda de la LE-3 y en atención a las metas cuantitativas del PAS-S reflejadas en LE-1 y LE-2.</p> <p>Vinculado a resultados de la P.4 sobre la COORDINACIÓN para contrastar el grado de correspondencia con las actuaciones establecidas en LE3: enfoque armonizado con países UE, protocolización de la coordinación interdepartamental, creación de redes y mesas de armonización.</p>	<p>P.5.1. La Agencia se ha alineado con las orientaciones especificadas para la LE-1 y sus APR dando cumplimiento a las metas establecidas para esta LE y que aparecen dentro del contenido del documento narrativo</p> <p>P.5.1.1. Un mínimo del 80% de la AOD Salud AECID se concentra en la LE1, priorizando la modalidad bilateral, y disminuyendo los programas con componentes aislados</p> <p>P.5.1.2. Al menos el 60% de los fondos de salud AECID se canalizarán por Apoyo Presupuestario y, cuando es posible, en el marco del IHP+</p> <p>P.5.1.3. Refuerzo de la presencia técnica de la CE en Foros y organismos internacionales de salud (salud global)</p> <p>P.5.1.4. En el 80% de los países donde salud es sector priorizado se refuerzan las capacidades institucionales y de gestión de los sistemas de salud</p> <p>P.5.1.5. Un 80% de las investigaciones financiadas serán para el estudio de prioridades locales de los países socios y el 50% de las investigaciones aprobadas serán operativas</p> <p>P.5.1.6. Correspondencia de las intervenciones con el enfoque de Salud Global</p>
	<p>FUENTES DE INFORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: PAS-S, Datos estadísticos período 2009-2013, informes de seguimiento y evaluaciones International Health Partnership (IHP), informes de participación y notas de posicionamiento de la CE en Iniciativas Globales y organismos de salud, notas sectoriales D. Geográficas y otras, informes sectoriales de agentes no gubernamentales, Informes bimensuales/semestrales/anuales de los países Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, Directores de Departamento, REPER Ginebra, NY y Bruselas, Agentes clave en Direcciones geográficas y unidades estratégicas AECID, Red de Expertos, Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Departamento de Cooperación Multilateral, Gestores de Programas, Referentes IHP + MASCE
	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: PAS-S, Datos estadísticos período 2009-2013, informes de seguimiento y evaluaciones de iniciativas globales o desarrolladas por socios para el desarrollo en APR vinculadas a la LE-2, notas sectoriales D. Geográficas y otras, informes sectoriales de agentes no gubernamentales, informes bimensuales/semestrales/anuales de los países Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, referentes en OO.II., Directores de Departamento, REPER Ginebra, NY y Bruselas, Agentes clave en Direcciones geográficas y unidades estratégicas AECID, Red de Expertos, Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Departamento de Cooperación Multilateral Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE Cuestionario: RES
	<p>P.5.2. La Agencia se ha alineado con las orientaciones especificadas para la LE-2 y sus APR dando cumplimiento a las metas establecidas para esta LE y que aparecen dentro del contenido del documento narrativo</p> <p>P.5.2.1. Reducción progresiva del % de la AOD de salud total y de AECID para la LE-2, priorizando la modalidad multilateral</p> <p>P.5.2.2. Aumento de la articulación de los Fondos Verticales con otras intervenciones y el enfoque integrado en los sistemas de salud</p> <p>P.5.2.3. Aumento de la coordinación y articulación entre programas regionales y los países</p> <p>P.5.2.4. Asignación máxima de un 10% de AOD al Fondo VIH/SIDA, TB</p> <p>P.5.2.5. Priorización del apoyo a los DSSyRR en los países y comunidades con índice de riesgo reproductivo muy alto y alto</p> <p>P.5.2.6. Atención a la priorización de las acciones prioritarias de la LE-2 con los actores identificados y en las regiones prioritizadas</p>

<p>... continuación</p> <p>P.5. Grado de avance en las líneas estratégicas y acciones prioritizadas por el PAS-S</p>	<p>P.5.3. Incidencia del PAS-S en el fortalecimiento de las capacidades institucionales y técnicas de la AECID para robustecer la gestión interna de la AECID, la coordinación con otras áreas de cooperación, fomentando el diálogo ante organismos internacionales</p> <p><i>P.5.3.1. Elaboración de guías, protocolos y redes técnicas para la mejora de la ayuda al sector y generación de sinergias</i></p> <p><i>P.5.3.2. Mejora de la calidad de la ayuda: i) disminución de la fragmentación de la ayuda; ii) apoyo técnico al diálogo de políticas en salud (sede y terreno)</i></p> <p><i>P.5.3.3 Fortalecimiento de la coherencia sectorial con marcos estratégicos de actuación y protocolización de la coordinación (especialmente Departamento ONGD, OAH y Programas Regionales)</i></p> <p><i>P.5.3.4. Favorecer la gestión integral del conocimiento: i) mesas de socios de salud (MINAS y MASCE); ii) planes y oferta de formación; iii) fortalecimiento diálogo técnico en foros nacionales e internacionales; iv) bases de datos expertas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: Contratos de gestión, informes de Seguimiento del Contrato de Gestión, hojas de ruta anuales de la AECID, planificación estratégica de la AECID, notas internas de la Agencia, distribución presupuesto interno AECID, planes de formación, protocolos para la coordinación, plan de actuación RES, etc. Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, Directores de Departamento en Geográficas y otras, Directora CMHyF, Agentes clave en Direcciones geográficas y unidades estratégicas AECID, Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Departamento de Cooperación Multilateral Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE Taller Teoría del Programa
<p>P.6. Capacidad de sostenerse los avances y/o resultados a los que el PAS-S ha contribuido.</p>	<p>P.6.1 Capacidad de la institución y agentes claves/usuarios del PAS-S para mantener una coherencia sectorial en salud pertinente al contexto y actual marco rector</p> <p><i>P.6.1.1. En relación a la sostenibilidad política estratégico con objetivos y orientaciones relevantes para un posicionamiento político definido de la AECID en el sector salud y útil para el diálogo de políticas con terceros</i></p> <p><i>P.6.1.2. En relación a la sostenibilidad técnica institucional para responder a las necesidades de coordinación interna y externa de la AECID, la toma de decisiones fundamentadas, la transversalización del sector salud y el trabajo intersectorial</i></p> <p><i>P.6.1.3. En relación a la sostenibilidad financiera para la implementación del contenido del instrumento y/o para garantizar la permanencia de los avances</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: Planificación estratégica de la AECID, Contrato de gestión, previsiones presupuestarias, planes de formación, sistemas de gestión proyectos, notas internas de la Agencia, distribución presupuesto interno AECID/Departamentos, etc. Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, Directora CMHyF, Jefes de Departamento en Geográficas, Coordinadores OTC, Expertos/as sectoriales en terreno, REPER Ginebra, NY y Bruselas, Referentes en OO.II., Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Unidad de Ayuda Programática, Departamento de Cooperación Multilateral, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera, Gestores de Programas, Referentes IHP Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE Cuestionario: RES y Coordinadores/a
<p>Dimensión: ESTRUCTURA/RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio EFICACIA: . Medida en que la estructura de la AECID contribuye al logro al avance de los propósitos y objetivos previstos en el PAS-S. Criterio EFICIENCIA: Relación entre los resultados y productos obtenidos y los recursos de todo tipo empleados para conseguirlos. 		
<p>ELEMENTOS DE ANÁLISIS</p>		<p>INDICADORES</p>
<p>P.7. Ajuste del PAS-S y su implementación a las capacidades institucionales, técnicas y financieras con las que cuentan la AECID</p>	<p>P.7.1. Identificación de una voluntad, compromiso y liderazgo político en las Direcciones de AECID para fortalecer el diálogo de lo sectorial con los procesos de toma de decisión (incluido presupuestarios) a todos los niveles (geográficos e</p>	<p style="text-align: center;">FUENTES DE INFORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: Contratos de gestión, informes de Seguimiento del Contrato de Gestión, hojas de ruta anuales de la AECID, planificación estratégica de la AECID, notas internas de la Agencia, distribución

<p>... continuación</p> <p>P.5. Grado de avance en las líneas estratégicas y acciones prioritizadas por el PAS-S</p>	<p>P.5.3. Incidencia del PAS-S en el fortalecimiento de las capacidades institucionales y técnicas de la AECID para robustecer la gestión interna de la AECID, la coordinación con otras áreas de cooperación, fomentando el diálogo ante organismos internacionales</p> <p><i>P.5.3.1. Elaboración de guías, protocolos y redes técnicas para la mejora de la ayuda al sector y generación de sinergias</i></p> <p><i>P.5.3.2. Mejora de la calidad de la ayuda: i) disminución de la fragmentación de la ayuda; ii) apoyo técnico al diálogo de políticas en salud (sede y terreno)</i></p> <p><i>P.5.3.3 Fortalecimiento de la coherencia sectorial con marcos estratégicos de actuación y protocolización de la coordinación (especialmente Departamento ONGD, OAH y Programas Regionales)</i></p> <p><i>P.5.3.4. Favorecer la gestión integral del conocimiento: i) mesas de socios de salud (MINAS y MASCE); ii) planes y oferta de formación; iii) fortalecimiento diálogo técnico en foros nacionales e internacionales; iv) bases de datos expertas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: Contratos de gestión, informes de seguimiento del Contrato de Gestión, hojas de ruta anuales de la AECID, planificación estratégica de la AECID, notas internas de la Agencia, distribución presupuesto interno AECID, planes de formación, protocolos para la coordinación, plan de actuación RES, etc. Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, Directores de Departamento en Geográficas y otras, Directora CMHyF, Agentes clave en Direcciones geográficas y unidades estratégicas AECID, Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Departamento de Cooperación Multilateral Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE Taller Teoría del Programa
<p>P.6. Capacidad de sostenerse los avances y/o resultados a los que el PAS-S ha contribuido.</p>	<p>P.6.1 Capacidad de la institución y agentes claves (usuarios del PAS-S para mantener una coherencia sectorial en salud pertinente al contexto y actual marco rector</p> <p><i>P.6.1.1. En relación a la sostenibilidad política estratégica con objetivos y orientaciones relevantes para un posicionamiento político definido de la AECID en el sector salud y útil para el diálogo de políticas con terceros</i></p> <p><i>P.6.1.2. En relación a la sostenibilidad técnica institucional para responder a las necesidades de coordinación interna y externa de la AECID, la toma de decisiones fundamentadas, la transversalización del sector salud y el trabajo intersectorial</i></p> <p><i>P.6.1.3. En relación a la sostenibilidad financiera para la implementación del contenido del instrumento y/o para garantizar la permanencia de los avances</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: Planificación estratégica de la AECID, Contrato de gestión, previsiones presupuestarias, planes de formación, sistemas de gestión proyectos, notas internas de la Agencia, distribución presupuesto interno AECID/Departamentos, etc Entrevistas: Expertos salud-cooperación en AECID y SGCID, Directora CMHyF, jefes de Departamento en Geográficas, Coordinadores OTC, Expertos/as sectoriales en terreno, REPER Ginebra, NY y Bruselas, Referentes en OO.II., Integrantes MINAS, Departamento de ONGD, Unidad de Ayuda Programática, Departamento de Cooperación Multilateral, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera, Gestores de Programas, Referentes IHP Grupo Discusión: Sectorial, expertos/as sectoriales en salud en terreno y MASCE Cuestionario: RES y Coordinadores/a
<p>Dimensión: ESTRUCTURA/RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio EFICACIA: Medida en que la estructura de la AECID contribuye al logro y al avance de los propósitos y objetivos previstos en el PAS-S. Criterio EFICIENCIA: Relación entre los resultados y productos obtenidos y los recursos de todo tipo empleados para conseguirlos. 		
<p>ELEMENTOS DE ANÁLISIS</p>		<p>INDICADORES</p>
<p>P.7. Ajuste del PAS-S y su implementación a las capacidades institucionales, técnicas y financieras con las que cuentan la AECID</p>	<p>P.7.1. Identificación de una voluntad, compromiso y liderazgo político en las Direcciones de AECID para fortalecer el diálogo de lo sectorial con los procesos de toma de decisión (incluido presupuestarios) a todos los niveles (geográficos e instrumentales)</p>	<p>FUENTES DE INFORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión documental: Contratos de gestión, informes de seguimiento del Contrato de Gestión, hojas de ruta anuales de la AECID, planificación estratégica de la AECID, notas internas de la Agencia, distribución presupuesto interno AECID, etc.

5 Anexo 9. Ficha-Resumen CAD/OCDE



FICHA EVALUACIÓN EXTERNA DEL CAD			
Título EVALUACIÓN EXTERNA del Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013			
Sector : Salud	Lugar	España	
Tipo de evaluación externa: Final	Coste ()	17,425 euros	
Fecha de la intervención : 2011-2013	Agente ejecutor	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)	Población beneficiaria AECID
Fecha de la evaluación externa: Abril - Julio 2014	Agente evaluador	En Positiva. Grupo de trabajo en evaluación e investigación social	
<p>Antecedentes y objetivo general de la intervención La AECID, en línea con los compromisos internacionales asumidos para incrementar la calidad y la eficacia de la ayuda y, en coherencia con lo establecido en el III Plan Director de la Cooperación Española (2009-2012), impulsó una serie de procesos para el fortalecimiento del enfoque sectorial de la institución. Uno de los frutos de este proceso fue el diseño e implantación de los denominados Planes de Actuación Sectorial (PAS) de la AECID, entre ellos el Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013 (PAS-S).</p> <p>El PAS-S tenía por objeto aumentar la calidad y eficacia de la AECID en la reducción de la pobreza y avanzar hacia el derecho a la salud, mejorando la coherencia entre el plano estratégico de la Cooperación Española (III Plan Director y Estrategia Sectorial de Salud) y el plano operativo de las actuaciones de AECID en el sector salud. El PAS-S se alineaba con los objetivos estratégicos recogidos en el III PD para mejorar la eficacia de la ayuda en salud y recoge las líneas estratégicas y las pautas de actuación establecidas en la Estrategia de Salud de la Cooperación Española (en adelante, Estrategia).</p> <p>Con el PAS-S, la AECID buscó incorporar en sus actuaciones el enfoque sectorial de salud apuntando hacia la coherencia institucional de la organización dentro del sector, así como a la mejora de la eficacia profundizando en la concentración subsectorial y la reducción de la fragmentación de la ayuda en salud.</p>			

Principios y objetivos de la evaluación externa:

Los objetivos de la evaluación expresados en los términos de referencia fueron los siguientes:

- O1. Valorar el PAS como instrumento de planificación y priorización estratégica y presupuestaria del sector salud en la AECID.
- O2. Analizar el grado de articulación, operacionalización y consecución de las líneas estratégicas y acciones prioritarias definidas en el PAS-Salud en el periodo señalado, identificando orientaciones, limitaciones y logros alcanzados.
- O3. Analizar el papel del PAS-Salud en la coordinación de la AECID con otros actores de la Cooperación Española, a nivel internacional, así como el nivel de alineamiento con los procedimientos de los países socios

Las necesidades informativas identificadas por dimensiones y criterios se recogen a continuación:

DISEÑO:

- *Coherencia:* 1) ¿El diseño del PAS-Salud ha sido coherente con los objetivos de los documentos rectores de la Cooperación Española (Plan Director, Estrategia)? 2) ¿Se han contemplado los enfoques transversales (género, sostenibilidad ambiental, etc.) en el diseño del PAS de Salud?
- *Relevancia:* 3) ¿La identificación de las líneas estratégicas, líneas de actuación y sus componentes son relevantes y responden a las necesidades identificadas en el diagnóstico previo, propuestas del taller técnico y otras iniciativas y documentos de referencia? ¿Se cuenta con evidencias o indicios de ventaja comparativa de AECID que avalen la selección de líneas de acción?
- *Consistencia interna:* 4) ¿El PAS de Salud es internamente consistente? 4.1. ¿Está clara la teoría del cambio subyacente?; 4.2. ¿La secuencia y concatenación de metas, objetivos, acciones, indicadores es coherente?; 4.3. ¿Hay una cobertura equilibrada y suficiente para todos los objetivos?; 4.4. ¿Son los indicadores adecuados para las metas establecidas?

ESTRUCTURA

- *Eficiencia:* 5) ¿El diseño del PAS de Salud está ajustado a la estructura disponible (existente o prevista) para asegurar su implementación?; 5.1. ¿En cuanto a recursos económicos y humanos?; 5.2. ¿En cuanto a sistemas de información, conocimientos y capacidades?; 5.3. ¿En cuanto a la idoneidad de los modelos y sistemas de programación y seguimiento?

PROCESO

- *Eficacia/Coordinación:* 6) ¿Cuál ha sido el papel del PAS-Salud para potenciar la coordinación y articulación entre los diferentes actores de la Administración General del Estado y la AECID; los diferentes actores de la Cooperación Española, las direcciones y departamentos de la AECID (sede y terreno), otros donantes y la AECID y los países socios y la AECID?; 7) ¿Ha servido el PAS-Salud para fortalecer el papel de la AECID como referente y líder en el sector salud?; 8) ¿Hasta qué punto el PAS-Salud ha sido suficientemente flexible para permitir la incorporación progresiva de compromisos adquiridos a través del IHP+, u otras estrategias internacionales e iniciativas globales?
- *Eficacia/Concentración:* 9) ¿Cómo ha contribuido el PAS-Salud en el proceso de concentración de las intervenciones de AECID (geográfica, sub-sectores, modalidades, instrumentos, actores...)?
- *Eficacia/Instrumentos:* 10) ¿La asignación presupuestaria para la implementación del PAS-Salud ha respondido a lo establecido en el documento del PAS?; 11) ¿La selección de los instrumentos para el trabajo de la AECID en el sector salud, en concreto, el apoyo presupuestario y la cooperación delegada, ha respondido a lo establecido en el documento del PAS?
- *Eficacia/Transversalización:* 12) ¿Hasta qué punto el PAS-Salud ha contribuido a transversalizar la salud en las acciones de la AECID?

RESULTADOS

Eficacia: 13) ¿En qué medida se han ejecutado las acciones prioritarias previstas en el PAS?; 14) ¿Cuál ha sido la incidencia del PAS-Salud en la toma de decisiones sobre el sector salud en el diseño de la Programación Operativa de la AECID, en la negociación de los MAP y la asignación presupuestaria de ambos?

FICHA EVALUACIÓN EXTERNA DEL CAD

Metodología y técnicas

Utilización de método mixto de trabajo, haciendo un uso ad hoc de distintas técnicas de recogida de información tanto de metodología cuantitativa como cualitativa. Asimismo se ha llevado a cabo una adecuada triangulación de los datos de análisis con el fin de contribuir a verificar, corregir y correlacionar la información obtenida desde diversas fuentes para obtener una imagen más completa de la contribución e influencia del PAS-S en los aspectos sujetos a valoración en esta evaluación

Abordaje metodológico: 1º) Análisis de evaluabilidad del PAS-S; 2º) Revisión inicial de documentación básica sobre el diseño e implementación del PAS-S en sus diferentes niveles de actuación. 3º) Reconstrucción del alcance del instrumento ; 4º) Entrevistas preliminares a personal de AECID, SGCID y otras instituciones; 5º) A partir de los insumos anteriores, elaboración y aplicación de dos cuestionarios para integrantes de la RES y coordinadores/as de las OTC (encadenamiento cuali-cuanti). 5º) Análisis de las bases de datos aportadas por las diferentes fuentes para la identificación de patrones de concentración y posibles tendencias a las que el PAS-S haya contribuido; 6º) Revisión en profundidad de documentación aportada por diferentes fuentes para identificar líneas de avances o déficit en la ejecución del PAS-S (notas e informes internos, productos generados en los MAP y PO, informes de terreno, etc.); 7º) Entrevistas a personal de AECID, SGCID y otras instituciones para profundizar y contrastar información aportada por las distintas técnicas de recogida de información ; 8º) Realización de grupos de discusión para contraste de información aportada por cuestionarios (encadenamiento cuanti-cuali), recopilar datos sobre la implementación del PAS-S contrastada; 9º) Realización de un Taller para la reconstrucción de la teoría de cambio del instrumento; 10º) Triangulación de datos y fuentes, análisis de la información y enjuiciamiento.

Técnicas:

Análisis de Base de datos	Entrevistas	Cuestionarios	Talleres	Grupos discusión	Revisión documental
5 fuentes: Seguimiento del PACI 2009-2012, InfoAOD 2011-2013, Departamento de Cooperación Multilateral/AECID 2009-2013, Departamento de ONGD/AECID (convocatorias 2010 y 2014), Unidad de Ayuda Programática/AECID. 2009-2013	semiestructuradas 35 entrevistas	(distribuidos/respuesta) Integrantes de la RES: 47/23 Personal coordinador: 26/10	1 taller de Teoría de Programa con 7 participantes	3 grupos con un total de 15 participantes	178 documentos

Conclusiones

1. La coherencia y la relevancia del diseño del PAS-S no han asegurado la utilidad e influencia del instrumento en la planificación estratégico-operativa en salud. La limitada capacidad operativa de su diseño y diversos factores inhibidores han incidido en el déficit de ejecución de la LE-3, debilitando con ello el posible potencial del instrumento para influir en la planificación.
2. La salud tiene una presencia significativa en las planificaciones geográficas, sin embargo, no es posible atribuir al PAS-S la priorización o tipo de presencia que se identifica en los MAP y PO siendo otros los factores que cuentan con un mayor peso en este sentido. La principal utilidad del PAS-S se relaciona con su naturaleza orientadora para guiar actuaciones en salud de la AECID una vez se ha acordado la pertinencia de trabajar en el sector.
3. Se registran avances significativos en las señas de identidad del enfoque sectorial en salud vinculados al direccionamiento de la ayuda alineado con el contenido del PAS-S. La influencia el instrumento en estos avances ha estado limitada en los procesos formales de asignación presupuestaria, pero activa a través de mecanismos informales de consulta y asesoramiento que ha prestando el Área de Salud.
4. El PAS-S por sí solo ha sido insuficiente para promover una mayor coordinación en salud a lo interno de la AECID, afectando igualmente a la posibilidad de transversalizar salud en las actuaciones de la Agencia. Se aprecian diferencias significativas en la coordinación institucional dependiendo del grado de especialización en salud de los actores
5. El PAS-S ha sido un instrumento facilitador de la coordinación con otros actores sectoriales en la medida que existían previamente objetivos y enfoques de trabajo compartidos.
6. Se registran avances en las Líneas Estratégicas 1 y 2 vinculados al avance del enfoque sectorial en salud de la Agencia y que tienen como referencia las señas de identidad recogidas en el diseño del PAS-S. Estos avances mostrarían que, en la medida que los condicionantes institucionales y de contexto lo han permitido, el instrumento ha contribuido a la mejora de la eficacia y la calidad de la ayuda al sector durante su vigencia.
7. El diseño y la implementación del PAS-S ocurre en dos contextos distintos que han afectado las posibilidades de ejecución de la LE-3 según lo planificado inicialmente. La baja ejecución de esta línea instrumental al fortalecimiento de las condiciones institucionales de la Agencia compromete la sostenibilidad de sus avances.

Lecciones aprendidas

1. La identificación de "sector" con "enfoque sectorial" conlleva en las prácticas de una institución la incomprensión del instrumento de planificación sectorial y un reduccionismo de su aporte potencial a la eficacia y la calidad de la ayuda, así como a resultados de desarrollo no necesariamente vinculados a un determinado sector
2. Los instrumentos de planificación, a ausencia de seguimiento y de un ejercicio de rendición de cuentas vinculado al mismo, ponen en riesgo (i) la adecuada implementación del instrumento; (ii) la capacidad de aprendizaje, adaptación y reorientación durante la ejecución y (iii) la calidad del propio instrumento para contribuir a su propia ejecución.
3. El potencial de la articulación sede-terreno a través de las redes sectoriales podría ser optimizado para otras temáticas y procesos de toma de decisión dirigidos o en los que participa la Agencia. Esta articulación enriquece la posición de la Agencia y el proceso de toma de decisiones desde conocimientos distintos, pero complementarios, a los aportados desde la sede.

Recomendaciones

1. Se recomienda el desarrollo de un instrumento orientador de la actuación en salud de la Agencia basado en una posición sectorial institucional definida en coherencia con el marco rector vigente y recogiendo los insumos que se aporten desde el terreno. El instrumento iría dirigido a fortalecer el enfoque sectorial en salud de la Agencia, adaptándose a las condiciones institucionales de la AECID, con una clara orientación operativa y sin pretender abordar diferentes finalidades institucionales en un mismo.
2. Se recomienda el diseño e implementación de un instrumento. El instrumento debería contar con una clara orientación operativa, sin pretender abordar diferentes finalidades institucionales en un mismo documento, y acompañarse de herramientas complementarias que fortalezcan su propuesta y le doten de mayor utilidad para atender otros requerimientos institucionales.
3. Se recomienda el abordaje del fortalecimiento institucional para la integración del enfoque sectorial en salud (LE-3) dentro de una propuesta global, integral, sistemática y con visión de proceso para promover las condiciones institucionales adecuadas para implementar eficazmente el enfoque sectorial en la Agencia.
4. Se recomienda establecer protocolos de coordinación interdepartamentales e interinstitucionales, así como mecanismos estables que permitan capitalizar institucionalmente la experiencia y conocimiento sectorial presente en la RES y la MASCE.
5. Se recomienda el desarrollo de capacidades técnicas y la actualización del personal para mejorar su especialización y desempeño en el manejo del enfoque sectorial en salud. Esta recomendación debería quedar contenida en diseño e implementación de una Estrategia institucional que abordara el desarrollo de capacidades institucionales sectoriales de manera más integral.
6. Se recomienda el seguimiento de la gestión y el desempeño del instrumento actualizado (Propuesta) bajo una metodología que se armonice con el sistema de seguimiento institucional y permita alimentar la propuesta de seguimiento global propuesta en el IV Plan Director

Agentes que han intervenido:

- Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo: Dirección de Cooperación Sectorial y Financiera, Departamento de Cooperación Sectorial, Departamento de Cooperación con los Países Andinos y el Cono Sur, Departamento de Cooperación con Centroamérica, México y el Caribe, Departamento de Cooperación Multilateral, Red de Expertos de Salud de la AECID, Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad de la Ayuda, Departamento de la Oficina del FONPRODE y Cooperación Financiera, Departamento de Cooperación con África Subsahariana
- Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo: Área de planificación, Área de Eficacia del Desarrollo y Coherencia de Políticas,
- Otras instituciones: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Medicus Mundi, Fundación Panamericana de la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas, Delegación de la Comisión Europea en México, Farmamundi, Federación Estatal de Planificación Familiar, Instituto en Salud Global de Barcelona.

5

Anexo 10. Términos de Referencia de la Evaluación

1. Justificación y Objetivos de la Evaluación

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en línea con los compromisos internacionales asumidos para el incremento de la calidad y la eficacia de la ayuda y en coherencia con lo establecido en el III Plan Director de la Cooperación Española (2009-2012), impulsó una serie de procesos de fortalecimiento del enfoque sectorial de la institución. Estos ejercicios supusieron el diseño e implantación de los denominados Planes de Actuación Sectorial (PAS) de la AECID en los sectores de Agua y Saneamiento, Crecimiento Económico para la Reducción de la Pobreza, Desarrollo Rural y Lucha contra el Hambre, Educación, Género, Gobernabilidad Democrática, Salud, y Sostenibilidad Ambiental y Cambio Climático. Los PAS representan un intento de priorización de las líneas estratégicas de los Planes Directores y de las Estrategias Sectoriales de la Cooperación Española dentro de la AECID, de cara a facilitar la toma de decisiones en la planificación estratégica de aquellos sectores sobre los que inciden.

En el año 2010 la AECID, en coherencia con los compromisos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establecen que la salud es “un derecho humano fundamental [...] una condición necesaria para alcanzar el disfrute del resto de los derechos y conseguir un desarrollo armonioso y duradero que permita a mujeres y hombres realizar sus objetivos personales”, puso en marcha el Plan de Actuación Sectorial de Salud (PAS-Salud). El PAS-Salud (con una vigencia de tres años, 2011-2013) es un documento de priorización de líneas estratégicas de impacto en salud y de definición estratégica de socios e instrumentos y espacios para

la coordinación con otros donantes. Tiene como objetivo contribuir a aumentar la calidad y eficacia de la AECID en la reducción de la pobreza y el avance en el derecho a la salud, mejorando la coherencia entre el plano estratégico (III Plan Director y Estrategia Sectorial de Salud) y el plano operativo de la AECID.

Desde su diseño, se programó que el PAS-Salud fuera “monitorizado internamente cada año y evaluado externamente al final de su periodo de vigencia con el fin de convertirse en un documento vivo -operativo a la vez que estratégico- para servir a los propósitos de transformar nuestros compromisos de mejora de las condiciones de salud de las poblaciones más desfavorecidas del planeta, en resultados tangibles de la lucha contra la pobreza y la desigualdad en el mundo”. En las líneas estratégicas del documento, se consideró importante incluir asimismo, el fortalecimiento de la propia gestión interna de la AECID y su coordinación con otras áreas de cooperación, fomentando un enfoque horizontal.

Para cumplir con el compromiso de la evaluación final externa, esta evaluación se incluyó en el Plan Bienal de Evaluaciones 2013-14 de la División de Evaluación de Políticas para el Desarrollo y Gestión del Conocimiento de la SGCID, y su ejecución se realiza en el marco del convenio firmado entre la SGCID y la FIIAPP para la realización de evaluaciones conjuntas de interés para la Cooperación Española.

Los **objetivos** de la evaluación del PAS-Salud son:

- Valorar el PAS como instrumento de planificación y priorización estratégica y presupuestaria del sector salud en la AECID.
- Analizar el grado de articulación, operacionalización y consecución de las líneas estratégicas y

acciones prioritarias definidas en el PAS-Salud en el período señalado, identificando orientaciones, limitaciones y logros alcanzados.

- Analizar el papel del PAS-Salud en la coordinación de la AECID con otros actores de la Cooperación Española, a nivel internacional, así como el nivel de alineamiento con los procedimientos de los países socios.

Respecto a la tipología, se trata de una **evaluación sumativa y externa**, gestionada de manera **conjunta y participativa**.

En cuanto a la **utilización** prevista de la evaluación, se espera que sirva a la Cooperación Española para ofrecer información relevante, útil y oportuna que pueda servir de base para la toma de decisiones que mejoren no sólo la cooperación para el desarrollo en el sector de la salud, sino que permita extraer lecciones aprendidas que alimenten otros procesos de actualización, diseño e implementación de Planes de Actuación Sectorial.

Más concretamente, se espera que la evaluación proporcione información para conocer si el PAS-Salud continúa siendo relevante y pertinente en el contexto actual o si sería conveniente revisar algunos elementos del diseño inicial. Adicionalmente, deberá proporcionar información suficiente para la redacción de un nuevo PAS de Salud, de los PAS de otros sectores de la AECID, así como ofrecer una valoración global sobre la pertinencia y adecuación actual del PAS como documento de planificación sectorial. Se espera, por último, que proporcione recomendaciones específicas para mejorar el nivel de apropiación y asegurar la implementación de líneas de acción y acciones prioritarias.

Por tanto, si bien la evaluación tiene carácter sumativo porque se realiza al término del periodo de vigencia del primer PAS-Salud, también tiene un importante valor formativo por cuanto debe arrojar lecciones para la elaboración del segundo PAS-Salud.

2. Antecedentes y contexto

La Estrategia de Salud de la Cooperación Española publicada en 2007 y el III Plan Director de la Cooperación Española (2008-2012) ponían de manifiesto la importancia del sector de salud para la mejora de

la eficacia de la Política Española de Cooperación. Ambos documentos estipulaban que la política española de cooperación en salud se debía basar en el marco teórico de Atención Primaria de Salud (APS) propuesto en la Conferencia de Alma-Ata (1978) que impulsó como primera prioridad de trabajo en salud el enfoque “hacia la gestión de la salud pública y de los determinantes generales de la enfermedad (prevención, higiene, suministro de agua, saneamiento, nutrición, etc.)”. Una vez establecidas las prioridades estratégicas de la Cooperación Española en el sector salud, en diciembre de 2009 la AECID presentó el *Diagnóstico sectorial de la ayuda de la Administración General del Estado al sector salud* en el que se analizaba la situación del sector durante el periodo 2005-2008. El objetivo principal del estudio era proporcionar, mediante un análisis de la situación de la AOD española en el sector salud durante el periodo 2005-2008, orientaciones útiles a la Dirección de Cooperación Sectorial y Multilateral de la AECID para la planificación estratégica y operativa sectorial. En concreto, el diagnóstico aporta una perspectiva general de la AOD en el sector salud mediante la recogida descriptiva de información y el análisis de datos estadísticos e información complementaria. Su ejecución supuso identificar orientaciones y limitaciones de la Cooperación Española en el sector de la salud, que permitió crear un marco de referencia para el apoyo a los procesos programáticos operativos de la AECID y a los Marcos de Asociación País.

A su vez, este análisis desveló la necesidad de elaborar un documento que orientara el trabajo de la AECID en materia de salud, aspecto que se vio refrendado durante la celebración de un taller de expertos en el que se priorizaron las líneas de trabajo de la institución en el ámbito sanitario.

Fruto de ambos ejercicios, se inició el diseño del PAS-Salud que propuso trabajar sobre las siguientes líneas estratégicas y sus correspondientes líneas de acción:

LE 1: Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos

- 1.1. Fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud
- 1.2. Financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud

- 1.3. Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada
- 1.4. Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación

LE 2: Impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en los sistemas de salud

- 2.1. Acceso a los servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y promoción de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva (DDS-SRR)
- 2.2. Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
- 2.3. Fortalecimiento de los programas VIH, TBC, malaria y otras enfermedades olvidadas

LE 3: Fortalecimiento institucional de la AECID

- 3.1. Calidad
- 3.2. Coherencia
- 3.3. Gestión integral del conocimiento

Después de tres años de vigencia del PAS-Salud, la AECID se plantea realizar un ejercicio de actualización del mismo, que permita adaptar el nuevo documento a la realidad actual de la salud en la Cooperación Española, y que a la vez responda a las orientaciones del IV Plan Director de la Cooperación Española. Para ello, se ha considerado necesario realizar una evaluación que permita afrontar el ejercicio de actualización con la mayor información posible sobre el documento estratégico, su diseño, implementación y logros obtenidos.

3. Alcance y dimensiones de análisis de la evaluación

El alcance **temporal** de la evaluación abarcará el periodo comprendido entre 2010 y 2013 de diseño e implementación del PAS-Salud.

Dada la naturaleza estratégica del Plan, el **alcance abarcará las líneas estratégicas, líneas de acción y acciones prioritarias establecidas en el PAS.**

Durante la evaluación se abordarán principalmente los elementos relativos al propio diseño del PAS-Salud como documento estratégico (**nivel macro**), a

sus líneas estratégicas (**nivel meso**), y a las acciones prioritarias propuestas por cada una de las líneas, así como su grado de ejecución (**nivel micro**). Para ello, se recomienda la adopción de un enfoque comprensivo, que permita valorar los aspectos clave del documento, los procesos y la estructura, así como las relaciones e interacciones que se producen entre ellos.

En este sentido, y siempre en función de los objetivos y de las preguntas de evaluación, se tratará de proporcionar información suficiente que permita comprender todas las fases del programa: **diseño, estructura, procesos y resultados.**

En cuanto a los **principales actores implicados** en el proceso de evaluación del PAS-Salud, en el Anexo I se detalla un listado preliminar.

Los principales **documentos de referencia** para la evaluación se detallan en el Anexo II. El equipo evaluador finalmente seleccionado dispondrá de toda esta documentación relevante para la evaluación.

4. Preguntas de evaluación

A continuación se propone un primer listado de preguntas de evaluación que refleja las necesidades de información de los actores de la Cooperación Española en el sector salud:

Diseño

Coherencia

1. ¿El diseño del PAS-Salud ha sido coherente con los objetivos de los documentos rectores de la Cooperación Española (Plan Director, Estrategia)?
2. ¿Se han contemplado los enfoques transversales (género, sostenibilidad ambiental, etc.) en el diseño del PAS de Salud?

Relevancia

3. ¿La identificación de las líneas estratégicas, líneas de actuación y sus componentes son relevantes y responden a las necesidades identificadas en el diagnóstico previo, propuestas del taller técnico y otras iniciativas y documentos de referencia?

- a. ¿Se cuenta con evidencias o indicios de ventaja comparativa de AECID que avalen la selección de líneas de acción?

Consistencia interna

4. ¿El PAS de Salud es internamente consistente?
 - b. ¿Está clara la teoría del cambio subyacente?
 - c. ¿La secuencia y concatenación de metas, objetivos, acciones, indicadores es coherente?
 - d. ¿Hay una cobertura equilibrada y suficiente para todos los objetivos?
 - e. ¿Son los indicadores adecuados para las metas establecidas?

Estructura

5. ¿El diseño del PAS de Salud está ajustado a la estructura disponible (existente o prevista) para asegurar su implementación?
 - a. ¿En cuanto a recursos económicos y humanos?
 - b. ¿En cuanto a sistemas de información, conocimientos y capacidades?
 - c. ¿En cuanto a la idoneidad de los modelos y sistemas de programación y seguimiento?

Proceso

Coordinación

6. ¿Cuál ha sido el papel del PAS-Salud para potenciar la coordinación y articulación entre
 - a. los diferentes actores de la Administración General del Estado y la AECID?
 - b. los diferentes actores de la Cooperación Española?
 - c. las direcciones y departamentos de la AECID (sede y terreno)?
 - d. otros donantes y la AECID?
 - e. los países socios y la AECID?
7. ¿Ha servido el PAS-Salud para fortalecer el papel de la AECID como referente y líder en el sector salud?
8. ¿Hasta qué punto el PAS-Salud ha sido suficientemente flexible para permitir la incorporación progresiva de compromisos adquiridos a través del IHP+, u otras estrategias internacionales e iniciativas globales?

Concentración

9. ¿Cómo ha contribuido el PAS-Salud en el proceso de concentración de las intervenciones de AECID

(geográfica, sub-sectores, modalidades, instrumentos, actores...)?

Instrumentos

10. ¿La asignación presupuestaria para la implementación del PAS-Salud ha respondido a lo establecido en el documento del PAS?
11. ¿La selección de los instrumentos para el trabajo de la AECID en el sector salud, en concreto, el apoyo presupuestario y la cooperación delegada, ha respondido a lo establecido en el documento del PAS?

Transversalización

12. ¿Hasta qué punto el PAS-Salud ha contribuido a transversalizar la salud en las acciones de la AECID?

Resultados

13. ¿En qué medida se han ejecutado las acciones prioritarias previstas en el PAS?
14. ¿Cuál ha sido la incidencia del PAS-Salud en la toma de decisiones sobre el sector salud en el diseño de la Programación Operativa de la AECID, en la negociación de los MAP y la asignación presupuestaria de ambos?

En consulta con los distintos actores y tras una primera evaluación documental, el equipo evaluador revisará las preguntas de evaluación y analizará el interés explícito y la factibilidad de abarcarlas, de forma que puedan ajustarse de manera fundamentada a las necesidades informativas y a los recursos necesarios para llevarlas a cabo en términos de acceso a la información y del tiempo y los recursos previstos para la evaluación. Este ajuste se incluirá en el informe preparatorio y, deberá ser validado por el Comité de Gestión.

5. Metodología

Dado el carácter de documento de priorización y definición estratégica de líneas de actuación, acciones, socios e instrumentos del PAS Salud, su evaluación ha de tener en cuenta dicho carácter estratégico y, por tanto, el enfoque y la metodología deberán responder a las características del objeto de evaluación, que son diferentes a las de un proyecto o programa.

El foco de la evaluación se sitúa en el análisis del diseño y la implementación del PAS-Salud. A este respecto, deberá tenerse en cuenta que el PAS-Salud asume un determinado modelo teórico acerca del tratamiento de la salud en la Cooperación Española. En este sentido, en la medida en que la lógica en la que se apoya el PAS-Salud es una teoría, pueden existir otras alternativas, y todas ellas pueden ser validadas. Por ello, se propone que la metodología de evaluación se articule en torno a la teoría del cambio, de manera que permita reconstruir y analizar la cadena causal y cuestionar los supuestos en los que se sustentan el diseño y la implementación del PAS-Salud. De este modo, se avanzará en la comprensión global del PAS-Salud y se facilitará, en su caso, la reformulación de la teoría inicial para adecuarla al contexto y prioridades actuales.

Con el fin de dotar de mayor robustez al análisis, la metodología propuesta deberá asegurar la validez y fiabilidad de métodos y datos, así como la triangulación de la información, poniendo de manifiesto las limitaciones existentes.

La evaluación propuesta deberá tener en cuenta los enfoques transversales señalados en la Política de Evaluación de la Cooperación Española. Además, el equipo evaluador deberá buscar posibles vías para contar con datos desagregados en función de las variables que pudieran resultar significativas (sexo, edad, etnia, ubicación, situación económica, etc.).

Para articular de manera sistematizada y lógica el enjuiciamiento comprensivo sobre el PAS-Salud, la propuesta técnica tendrá como eje una matriz de evaluación¹ que se verá acompañada de aquellos elementos metodológicos que se consideren pertinentes. La matriz deberá operativizar las dimensiones de análisis, explicitando de manera clara la relación establecida entre las preguntas, los indicadores y las distintas fuentes y técnicas de recogida de información (medios de verificación).

6. Gestión de la evaluación

La evaluación del PAS-Salud se llevará a cabo asegurando la participación de los principales actores implicados y tomando como referencia el Manual de

Gestión de Evaluaciones Conjuntas del Comité de Ayuda al Desarrollo.

El liderazgo y la supervisión de la evaluación recaen en un Comité de Gestión conformado por la División de Evaluación y Gestión del Conocimiento de la SG-CID, y la Unidad de Evaluación de la FIIAPP, que asumirá las siguientes funciones:

- Impulsar y liderar la evaluación.
- Diseñar y aprobar los términos de referencia, en consulta con el comité de seguimiento.
- Valorar las ofertas para la selección del equipo evaluador.
- Mantener una interlocución permanente con el equipo evaluador, y con el comité de seguimiento.
- Asesorar y supervisar metodológicamente el proceso evaluativo.
- Llevar a cabo el control de calidad de la evaluación y velar por el cumplimiento de los plazos.
- Validar el informe preparatorio y aprobar los diferentes productos de la evaluación, previa consulta con el comité de seguimiento.
- Publicar el informe final y facilitar la difusión de los resultados de la evaluación.
- Coordinar la cumplimentación del documento de respuesta de gestión e impulsar la utilización de las recomendaciones de la evaluación.

Para enriquecer el proceso de valoración e introducir los canales adecuados de participación de los distintos actores interesados, se creará, en el marco de esta evaluación, un **Comité de Seguimiento de la Evaluación** que estará compuesto por representantes de:

- Departamento de Cooperación Sectorial de la AECID
- Subdirección General de Políticas de Desarrollo de la SCGID
- Unidad de Planificación, Eficacia y Calidad de la Ayuda de AECID

El Comité de Seguimiento asumirá las siguientes funciones:

- Trasladar sus comentarios, sugerencias y necesidades informativas al Comité de Gestión de cara a la elaboración de los términos de referencia.

¹ Véase el Anexo I. Modelo de matriz para la presentación de las propuestas técnicas.

- Participar en la retroalimentación constante del proceso de evaluación, recibir los productos entregados por el equipo evaluador, y trasladar al Comité de Gestión sus comentarios y sugerencias a los mismos.
- Facilitar al equipo evaluador los contactos y el acceso a toda la información relevante para la evaluación.
- Contribuir a la difusión de los resultados de la evaluación.
- Facilitar la utilización de las recomendaciones de la evaluación.

7. Plan de trabajo y cronograma

El calendario previsto para el proceso de evaluación ha sido estimado para un período aproximado de **15 semanas** desde la formalización del contrato y se atenderá a la siguiente distribución de fases, tareas, productos y tiempos:

Fase	Actividades	Duración
Fase I. Actividades preparatorias y estudio de gabinete	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión inicial del equipo evaluador con el Comité de Gestión, primera recopilación de información, discusión y ajuste de los (TDR). • Análisis preliminar de la documentación vinculada con el PAS-Salud. • Identificación de actores clave. • Primeros contactos con algunos informantes clave. • Examen de la información y solicitud de información adicional. • Redacción del informe preparatorio, que será remitido al Comité de Gestión, que, a su vez, lo hará llegar al Comité de Seguimiento. 	4 semanas (incluye 1 semana para la evaluación y validación del informe preparatorio)
<p>Producto: Informe preparatorio El informe contendrá como mínimo: una actualización de la propuesta inicial de trabajo con el ajuste del planteamiento teórico-metodológico, la revisión de las preguntas de evaluación, las hipótesis preliminares, la matriz de evaluación definitiva, la operativización de las preguntas de evaluación, y la propuesta de indicadores. Se detallará y justificará las herramientas y técnicas para la recopilación y procesamiento de la información, así como el plan de análisis, garantizando la fiabilidad de las fuentes y el rigor del análisis. Se deberá incluir también un cronograma actualizado con el plan de trabajo del equipo de evaluación.</p>		
Fase II. Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de las técnicas y herramientas diseñadas para la recogida de información, conforme al documento validado en la fase anterior 	4 semanas (requiere la validación previa del informe preparatorio)
<p>Productos: Una vez concluida la fase de campo el equipo evaluador presentará al Comité de Gestión el detalle de las actividades realizadas, así como unos hallazgos preliminares, que serán objeto de debate con el Comité de Seguimiento y con el Comité de Gestión.</p>		
Fase III. Análisis e interpretación de la información, elaboración y presentación del informe final	<p>Análisis e interpretación en profundidad de la información recolectada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redacción del borrador de informe final, que será remitido al Comité de Gestión, que, a su vez, lo hará llegar al Comité de Seguimiento. • Integración de observaciones y mejoras al informe remitidas por el Comité de Gestión, que previamente habrá recabado los comentarios del Comité de Seguimiento. • El equipo evaluador explicitará de qué manera estas observaciones han sido incorporadas en el documento y expondrá, en su caso, los argumentos que recomiendan su no consideración, salvaguardando en todo momento la independencia de la evaluación, en correspondencia con los Estándares de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE. • Elaboración del informe final, que incluirá los anexos correspondientes. • Presentación del informe final. 	7 semanas (incluye 2 semanas para la evaluación del borrador, 1 semana para la realización de ajustes por parte del equipo evaluador y 1 semana más para la aprobación formal del informe final)
<p>Producto: Informe final</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se compondrá de los siguientes documentos: • El informe final propiamente dicho (máximo 70 páginas sin anexos), redactado en español. • Una relación de anexos, que incluirá, entre otros documentos, los TDR de la evaluación, la relación de técnicas e instrumentos de evaluación aplicados (se incluirán las guías de entrevista, los cuestionarios y el resto de herramientas utilizadas), un listado con las principales fuentes de información, y la ficha tipo del CAD en español y en inglés. • Un resumen ejecutivo (máximo 5 páginas), que deberá estar redactado en español e inglés. • Un informe sintético (máximo 20 páginas), concebido en cuanto a su formato y lenguaje a efectos de divulgación, que estará redactado en español y en inglés. • Una presentación en Power Point o software análogo, que recoja información sobre justificación y metodología de la evaluación, así como sobre las conclusiones y recomendaciones para facilitar la presentación del informe y difusión de los resultados de la evaluación. 		

Se entregarán al Comité de Gestión tres copias en papel del informe final, con sus respectivos anexos, resumen ejecutivo e informe sintético. Los mismos productos serán entregados en formato digital, en PDF y Word, además de la presentación en Power Point, para garantizar su adecuada publicación posterior, según los formatos que se consideren oportunos.

A continuación se propone una estructura de contenidos orientativa para el informe final de evaluación, no obstante, el índice y el esquema definitivo del informe se acordará con el equipo evaluador en la última fase del proceso:

1. Introducción.
 - 1.1. Estructura del informe.
 - 1.2. Antecedentes, alcance y objetivos de la evaluación.
 - 1.3. Preguntas de evaluación y dimensiones de análisis.
 - 1.4. Metodología empleada en la evaluación.
 - 1.5. Proceso de recopilación y plan de análisis de datos.
 - 1.6. Condicionantes y límites de la evaluación.
 2. Análisis e interpretación de los datos.
 3. Conclusiones y lecciones aprendidas.
 4. Recomendaciones estratégicas y operativas.
- Anexos.

Una vez entregado el informe final, la División de Evaluación de la SGCID será responsable de su publicación y los participantes en las estructuras de gobernanza de la evaluación asegurarán su adecuada difusión entre los actores implicados en el sector salud en España.

El contrato comprende una presentación de los resultados de la evaluación en Madrid por parte del equipo evaluador. Podrá requerirse, asimismo, la participación del equipo evaluador en otras actividades de presentación y devolución de resultados.

8. Premisas de la evaluación, autoría y publicación

Esta evaluación se guiará por los Estándares de Calidad para la Evaluación del Desarrollo del CAD de la OCDE y por lo contemplado en la Política de Evaluación de la Cooperación Española. A lo largo del proceso de evaluación el equipo evaluador deberá observar las siguientes premisas:

- **Independencia e imparcialidad:** El equipo evaluador deberá garantizar su independencia respecto del objeto evaluado. Las personas integrantes del equipo de evaluación suscribirán una declaración de ausencia de posibles conflictos de intereses, prestarán un tratamiento respetuoso y no discriminatorio a todas las personas y colectivos implicados en el proceso de evaluación y desempeñarán sus tareas con integridad y honestidad.
- **Anonimato y confidencialidad:** Durante el desarrollo de la evaluación se deberá garantizar el respeto a la intimidad y el adecuado tratamiento de los datos personales. Especialmente, en contextos de conflicto o riesgo para la integridad personal, se extremarán las medidas para evitar posibles daños derivados de la identificación de las personas que participen en la evaluación.
- **Credibilidad:** Para que sus productos resulten creíbles y asumibles ante los diferentes actores implicados, la evaluación deberá responder a las diversas necesidades de información; habrá de llevarse a cabo de acuerdo al cronograma previsto; y se realizará de una forma sistemática y metodológicamente robusta, acometiendo cada una de las fases de manera clara y suficientemente argumentada, de tal modo que los hallazgos y recomendaciones resulten fundados.
- **Utilidad:** Los productos de la evaluación deberán reconocer sus propias limitaciones, reflejar las diferentes visiones sobre el objeto de la evaluación, y mostrar una imagen equilibrada de éste, que permita apreciar sus logros y fortalezas, así como sus posibles carencias y debilidades. En caso de que existan discrepancias importantes entre el equipo evaluador y los órganos de gobernanza de la evaluación, se dejará constancia de las mismas en el informe final.
- **Validez de la información:** Corresponde al equipo evaluador garantizar la veracidad de la información recopilada para la elaboración de los informes y será asimismo responsable del contenido del informe final.
- **Comunicación:** La comunicación de los hallazgos y recomendaciones se realizará de forma clara, concisa y concreta, utilizando formatos adaptados a las diferentes audiencias.
- **Incidencias:** En el supuesto de la aparición de problemas durante la realización del trabajo de campo o en cualquier otra fase de la evaluación, éstos deberán ser comunicados inmediatamente al Comité de Gestión. De no ser así, la existencia de

dichos problemas en ningún caso podrá ser utilizada para justificar el incumplimiento de lo establecido en los TDR.

- **Entrega de los Informes:** En caso de retraso en la entrega de los informes o en el supuesto de que la calidad de los informes entregados sea manifiestamente inferior a lo pactado, serán aplicables las medidas previstas en Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Los derechos de reproducción, traducción, adaptación, comunicación, difusión y distribución de todos los productos de la evaluación corresponderán en exclusiva al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España, sin perjuicio del reconocimiento de la autoría moral del equipo evaluador.

Tal y como se especifica en la Política de Evaluación de la Cooperación Española, el informe completo de evaluación será de acceso público a través de Internet, sin perjuicio de que puedan difundirse asimismo a través de otros medios. Podrá requerirse la participación del equipo evaluador en las actividades de presentación y devolución de resultados.

9. Perfil del equipo evaluador

El equipo evaluador deberá estar compuesto por un mínimo de 2 personas con capacidad, experiencia y calificación profesional demostrables para llevar a cabo una evaluación de esta naturaleza y cuya disponibilidad se deberá explicitar en la propuesta.

Se recomienda que la composición del equipo evaluador asegure un adecuado equilibrio entre hombres y mujeres.

Requisitos:

La persona que coordine el equipo deberá acreditar formación especializada en evaluación y una experiencia mínima de 3 años en evaluación.

- Se exigirá a todos los miembros del equipo titulación universitaria, preferiblemente en salud, cooperación para el desarrollo, evaluación, políticas públicas, o en otras ramas directamente vinculadas con el objeto de la evaluación.

- Al menos uno de los miembros deberá tener experiencia en el sector salud y en intervenciones de cooperación en dicho sector.

En su conjunto, el equipo evaluador deberá **acreditar:**

- Conocimiento amplio del sector de la salud en cooperación.
- Conocimiento amplio sobre planificación y programación.
- Conocimiento de metodología de investigación y evaluación, en particular análisis documental, y análisis cualitativo de información.
- Conocimiento amplio de la Cooperación Española.
- Conocimientos relativos a las prioridades transversales del III Plan Director de la Cooperación Española: género en desarrollo y sostenibilidad ambiental.

Será necesaria la declaración por escrito de los tiempos de dedicación al estudio de cada uno de los profesionales del equipo evaluador respecto al objeto de este contrato, así como el compromiso formal de pertenecer al equipo evaluador durante el tiempo de vigencia del contrato y de que la prestación de servicios estará presidida, siempre y en todo caso, por una absoluta confidencialidad. Cualquier cambio en la constitución del equipo evaluador deberá ser previamente acordado con el Comité de Gestión.

10. Presupuesto y presentación de manifestaciones de interés

El **presupuesto máximo** de esta evaluación es de 17.500 Euros (impuestos excluidos).

El abono del precio se efectuará en dos **pagos:**

- El primero tras la validación del informe preparatorio (30%).
- El segundo tras la aprobación del informe final (70%).

Plazo y modo de presentación de las manifestaciones de interés:

Las personas o las empresas interesadas en participar en esta evaluación deberán remitir una manifestación de interés que incluya:

- **Currícula vitarum** de los miembros del equipo evaluador (en cualquier momento se podrá solicitar la documentación que acredite la veracidad de los datos), y –en su caso– presentación de la empresa. El equipo o empresa adjudicataria deberán estar disponible para comenzar el trabajo inmediatamente después de la firma del contrato.
- **Propuesta técnica.** Deberá presentarse una propuesta y justificación metodológica concreta y una aproximación al plan de trabajo (máximo cinco páginas).
- **Propuesta económica.** Deberá desglosarse en función de los diferentes tipos de gastos. En el caso de los honorarios, se especificarán las tareas y las tarifas de cada miembro del equipo evaluador, indicando el importe por persona y día.

Esta manifestación tendrá efectos meramente informativos y en ningún caso implica obligaciones jurídicas de la SGCID respecto a las comunicaciones recibidas.

Una vez revisada la documentación presentada, la SGCID se pondrá en contacto con el equipo o empresa seleccionada para proceder a la firma de contrato y comienzo inmediato de la evaluación.

La documentación **deberá enviarse antes del miércoles 7 de marzo a las 15:00 h.** (hora de Madrid, España) **a la dirección evaluacion-sgcid@maec.es**, indicando en el asunto del correo electrónico **“EVALUACIÓN PAS-SALUD”**. Cualquier duda o consulta sobre el proceso de evaluación puede canalizarse a través de esa misma dirección.





Otros documentos relacionados
se pueden encontrar en:

<http://www.cooperacionespanola.es/es/publicaciones>