

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

EVALUACIÓN EXTERNA DE ACTUACIONES DE ONGD EN SALUD EN MOZAMBIQUE FINANCIADAS POR LA AECID ENTRE 2006-2012

Informe sintético



Edición

Junio 2017

Fotografía portada

Miguel Lizana

Diseño original y maquetación

AECID

NIPO papel

502-17-027-X

NIPO en línea

502-17-028-5

Depósito Legal

M-15751-2017

Catálogo general de publicaciones oficiales de la Administración General del Estado <https://publicacionesoficiales.boe.es>

Periferia Consultoria Social

Equipo de evaluación:

Fco. Javier Maroto Ramos
M^a Dolores Ochoa Rodríguez
Soledad Vieitez Cerdeño
Antonio Vargas Brizuela

Domingo Baptista Macías (consultor local)
Sergio Paquete (consultor local)

Control de calidad:

Jorge Salamanca Rubio

Las opiniones y posiciones manifestadas en este informe no reflejan necesariamente las de AECID.

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

Para cualquier comunicación relacionada con esta publicación, diríjase a:

Departamento de ONGD

Dirección de Cooperación Multilateral
Horizontal y Financiera
(AECID)
Avd. Reyes Católicos, nº4
28040 Madrid

Convocatorias_ongd@aecid.es

ÍNDICE

Contenidos:

Siglas y acrónimos	06	
Presentación	09	
1. Justificación y objetivo	10	
2. Objeto a evaluar	11	
2.1. Intervenciones objeto de evaluación: selección, alcance temporal y geográfico	11	
3. Metodología	14	
3.1. Gestión de la evaluación.....	14	
3.2. Fases, tiempos y productos.....	14	
3.3. Matriz de evaluación, marco de análisis y preguntas.....	14	
3.4. Plan de análisis, técnicas y herramientas.....	15	
3.5. Condicionantes y limitantes en el estudio	16	
4. Análisis	17	
4.1. Contexto, hitos y condiciones: línea de tiempo 2006 – 2012.....	17	
4.2. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.....	17	
4.3. Armonización y sinergias de las ONGD; Grado de enfoque de intersectorialidad y SeTP y valor añadido de las intervenciones que incluyeron el acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria.	28	
4.4. Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil en la demanda y acceso al derecho a la salud con la presencia en espacios de diálogo nacional.....	35	
4.5. Avances en la integración del enfoque de género en las intervenciones de las ONGD.	38	
4.6. Participación del colectivo meta (TD, TO y TR) como elemento clave en el Enfoque Basado en Derechos.	40	
5. Conclusiones	44	
5.1. Sobre Alineamiento con las políticas y estrategias del MISAU de aplicación nacional y estrategias provinciales, y fortalecimiento de las instituciones públicas del sector salud.....	44	
5.2. Sobre armonización, complementariedad y sinergias de las ONGD con otros donantes, incluidas otras organizaciones, en especial en salud, pero también en sociedad civil; y Grado de Enfoque Intersectorial en las intervenciones.	45	
5.3. Sobre Fortalecimiento de la Sociedad Civil y participación de las ONGD, sus organizaciones socias en el diálogo de políticas a nivel nacional y provincial.....	46	
5.4. Sobre avances en la integración del Enfoque de Género en las intervenciones de las ONGD	47	
5.5. Sobre participación de los colectivos meta (TD, TO y TR) como elemento clave en el Enfoque Basado en Derechos.....	47	
6. Recomendaciones	49	
6.1. Sobre alineamiento con las políticas y estrategias del MISAU de aplicación nacional y fortalecimiento de las instituciones públicas del sector salud.....	49	
6.2. Sobre armonización, complementariedad y sinergias de las ONGD con otros donantes, incluidas otras organizaciones, en especial en salud, pero también en sociedad civil; y grado de enfoque intersectorial en las intervenciones.....	49	
6.3. Sobre fortalecimiento de la sociedad civil y participación de las ONGD españolas y sus organizaciones socias en el diálogo de políticas a nivel nacional y provincial.	50	
6.4. Sobre avances en la integración del Enfoque de Género en las intervenciones de las ONGD	50	
6.5. Sobre participación de los colectivos meta (TD, TO y TR) como elemento clave en el Enfoque Basado en Derechos.....	51	

Siglas y acrónimos

ACCD	Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo
ACODEMU	Asociación Comunitaria para el Desarrollo de la Mujer
AeA	Ayuda en Acción
AAM	Action Aid Mozambique
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AEXCID	Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AFD	Agencia Francesa de de Desarrollo
AJPJ	Associação Jovem para Jovem
AMA	Associação do Meio Ambiente
AMASI	Asociación de Educadores de Consumidores de Agua
AMEC	Asociación mozambiqueña de Educación Comunitaria
AMETRAMO	Asociación de Médicos Tradicionales Mozambiqueños
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APS	Atención Primaria en Salud
ASIDH	Asociación para la Salud Integral y el Desarrollo Humano
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAM	Comunidad Autónoma de Madrid
CAS	Comité de Agua y Saneamiento
CCC	Consejo Consultivo Comunitario
CCD	Consejo Consultivo Distrital
CCP	Consejo Consultivo Provincial
CE	Cooperación Española
CETMAR	Centro Tecnológico del Mar
CFPS	Centro de Formación de Personal de Salud
CIC	Consejo Interhospitalario de Cooperación
CIC-BATÁ	Centro de Iniciativas para la Cooperación Batá
CISM	Centro de Investigación en Salud de Manhica
CNBS	Comité Nacional de Bioética de Salud
CNCO	Comité Nacional de Coordinación
CGRRNN	Comités de Gestión de los Recursos Naturales
CONGDE	Coordinadora de ONG para el Desarrollo de España
CRE	Cruz Roja España
CRS	Creditor Reporting System
CSC	Comité de Salud Comunitaria
CSPC	Centro de Salud Polana Canhico
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DCAA	Dirección de Cooperación con África y Asia
DCMHyF	Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera
DDHH	Derechos Humanos
DDS	Dirección Distrital de Salud
DEP	Documento Estrategia País
DNAM	Dirección Nacional de Asistencia Médica
DPEC	Dirección Provincial de Educación y Cultura
DPMAS	Dirección Provincial de Salud, Mujer y Acción Social
DPOPH	Dirección Provincial de Obras Públicas y Habitabilidad
DPPF	Dirección Provincial de Planificación y Finanzas
DPS	Dirección Provincial de Salud
DRP	Diagnóstico Rural Participativo
DUAT	Derecho de Uso y Aprovechamiento de la Tierra

E-SISTAFE	Sistema electrónico de administración financiera del Estado
EPSC	Estrategia de Promoción de la Salud Comunitaria
FAWEMO	Foro de mujeres educadoras africanas de Mozambique
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FDD	Fondos de Desarrollo del Distrito
FE	Fundación Encuentro
FG	Fondo Global de lucha contra el Sida, la malaria y la tuberculosis
FOCADE	Foro de ONGD de Cabo Delgado
GAS	Grupo de Agua y Saneamiento
GED	Género en Desarrollo
GMD	Grupo Mozambiqueño de Deuda
GMV	Grupo de Coordinación Multisectorial para la Prevención y Combate a la Violencia
GT-PAMRDC	Grupo Técnico del Plan de Acción Multisectorial para Reducción la Desnutrición Crónica
GTO	Grupo de Teatro del Oprimido
HAI	Health Alliance Initiative
HCM	Hospital Central de Maputo
HPG	Health Partners Group
HRM	Hospital Rural de Moçimboa
IEC	Información, educación y comunicación
IHP	International Health Partnership
IPAJ	Instituto de Patrocinio y Asistencia Jurídica
INCAJU	Instituto de Fomento do Caju
ISCISA	Instituto Superior de Ciencias de la Salud
ISCTEM	Instituto Superior de Ciencia y Tecnología de Mozambique
LIFECA	Certificado de Comunidad Libre de Fecalismo a Cielo Abierto
MAE	Micro Agentes Económicos
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
MAIC	Miembros activos influyentes de la comunidad
MAP	Marco de Asociación País
MdM	Médicos del Mundo
MED	Mujeres en el Desarrollo
MISAU	Ministerio da Saude de Moçambique
MMC	Medicus Mundi Catalunya
MULEIDE	Asociación Mulher Lei i Desenvolvimento
MONASO	Rede Moçambicana de Organizações Contra o SIDA
MoU	Memorándum de entendimiento
MSRF	Manhica Senior Research Fellow
NED	Núcleo de estadística distrital
NIOP	Núcleo de investigación operativa de Pemba
NPLS	Núcleo Provincial de lucha contra el SIDA
OCB	Organizaciones Comunitaria de base
ODP	Observatorio de Desarrollo Provincial
OE	Objetivo específico
OG	Objetivo general
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGD	Organización No Gubernamental para el Desarrollo
ORAM	Asociación Rural de Ayuda Mutua
OSC	Organizaciones de Sociedad Civil
OTC	Oficina Técnica de Cooperación
PARPA	Plan de Acción para la Reducción de la pobreza
PAS	Plan de Actuación Sectorial

PDRSCD	Plan de Desarrollo de la Red de Cabo Delgado
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PES	Plan Económico y Social
PESSE	Plan Estratégico del Sector Salud
PESOD	Planes Económicos y Sociales con Presupuesto distrital
PFIGCD	Programa de Fortalecimiento Institucional del Gobierno de Cabo Delgado
PIS	Plan Nacional de Inversión en Salud
PISCAD	Programa Intersectorial en Salud de Cabo Delgado 2004-2011
PNDRHS	Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud
POA	Plan Operativo Anual
PPTV	Programa de Prevención de la Transmisión Vertical
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical
PvVIH	Personas viviendo con VIH
RDSR	Red de Defensa de Derechos Sexuales y Reproductivos
RPI	Repartición de Planificación e Infraestructuras
SC	Sociedad Civil
SDAE	Servicio Distrital de Actividades Económicas
SDEJT	Servicio Distrital de Educación, Juventud y Tecnología
SDPI	Servicio Distrital de Planificación e Infraestructuras
SDSMAS	Servicio Distrital de salud, mujer y acción social
SeTP	Salud en Todas las Políticas
SETSAN	Secretaría Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
SIS	Sistema de Información de Salud
SMI	Salud Materno Infantil
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPM	Sección Provincial de Mantenimiento
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SWAP	Sector Wide Approach (Enfoque sectorial)
TIO	Tratamiento de infecciones oportunistas
TARV	Tratamiento Antiretroviral
TD	Titulares de Derechos
TdR	Términos de Referencia
TO	Titulares de Obligaciones
TR	Titulares de Responsabilidades
UDACOMO	Unión Distrital de Asociaciones de Campesinos de Montepuez
UDCN	Unión Distrital de Asociaciones de Campesinos de Namaacha
UEM	Universidad Eduardo Mondlane
UGEA	Unidad Gestora y Ejecutora de Adquisiciones
UNAC	Unión Nacional de Campesinos
UPCM	Unión Provincial de Campesinos de Maputo
US	Unidad Sanitaria
USP	Unidad Sanitaria Periférica

PRESENTACIÓN

Este informe sintético corresponde a la evaluación externa de las actuaciones de ONGD en salud en Mozambique financiadas por AECID desde 2006 hasta 2012. En este periodo se han considerado intervenciones que iniciaron en 2006, si bien algunas daban continuidad a otras anteriores, e intervenciones que finalizaron después de 2012 como los convenios de la convocatoria de 2010. En este conjunto se incluyeron acciones dirigidas al sector salud, otras que contemplaban la salud como uno de sus ejes principales, intervenciones de fortalecimiento de sociedad civil y de desarrollo productivo con resultados dirigidos a la mejora de la seguridad alimentaria.

I. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Esta evaluación tiene su origen en la posibilidad de que la propia AECID contrate evaluaciones estratégicas al amparo de la **Orden AEC/2909/2011, de 21 de octubre de 2011 y del Plan Bienal de Evaluaciones de intervenciones de ONGD 2014-2016.**

AECID seleccionó a Mozambique como país de África Subsahariana con mayor volumen de fondos ejecutados por ONGD a través de los instrumentos de proyectos y convenios, absorbiendo algo más de 79 millones de euros en el periodo 2005 a 2013. Esta evaluación trata de identificar lecciones aprendidas y buenas prácticas claves en el diseño e implementación de las intervenciones de las ONGD activas en el país, que permitan mejorar su trabajo en defensa del pleno desarrollo humano de la sociedad mozambiqueña.

Aunque en Mozambique se han financiado intervenciones a ONGD en bastantes sectores, son **especialmente relevantes el sector salud y el de lucha contra el hambre y desarrollo rural**, sectores a los que se ha dado continuidad en el Marco de Asociación mencionado y en los que se ha focalizado esta evaluación.

2. OBJETO A EVALUAR

El objeto de evaluación es **el grueso de las intervenciones subvencionadas por la AECID a ONGD españolas en el ámbito del derecho a la salud y el fortalecimiento de la sociedad civil, también algunas intervenciones en desarrollo rural y seguridad alimentaria en Mozambique, aprobadas entre 2005 hasta 2012.** En el análisis de este derecho también se han tenido en cuenta las intervenciones de Soberanía Alimentaria y Desarrollo Rural, vinculadas a la mejora de la salud.

2.1. INTERVENCIONES OBJETO DE EVALUACIÓN: SELECCIÓN, ALCANCE TEMPORAL Y GEOGRÁFICO

Los TdR proponían como potenciales objetos para la evaluación 34 intervenciones en total - 21 proyectos y 13 convenios - financiadas por la AECID entre los años 2005 y 2012, en los sectores de salud, agricultura y desarrollo rural, y gobierno y sociedad civil principalmente.

Tabla I: Listado de intervenciones de los TdR

PROYECTOS						
Nº INTERV	CODIGO	AÑO	ONGD	IMPORTE SUBVENCIÓN	SECTOR	ZONA DE ACTUACIÓN
1	05-PRI-104	2005	Ayuda en Acción	228.075 €	Fortalecimiento OSC	Cabo Delgado
2	05-PRI-342	2005	Medicos del Mundo	257.020 €	Salud	Cabo Delgado
3	05-PRI-026	2005	Prosalus	641.062 €	Desarrollo Rural	Maputo
4	06-PRI-251	2006	Asociación para la Salud Integral y el Desarrollo Humano (ASIDH)	887.523 €	Salud	Maputo
5	06-PRI-159	2006	Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC)	400.000 €	Salud	Maputo
6	07-PRI-017	2007	ASIDH	759.140 €	Salud	Maputo
7	07-PRI-228	2007	CIC	778.165 €	Salud	Cabo Delgado/Maputo
8	08-PRI-346	2008	ASIDH	898.750 €	Salud	Maputo
9	08-PRI-045	2008	Centro de Iniciativas para la Cooperación (CIC)-Batá	435.006 €	Seguridad alimentaria	Maputo
10	08-PRI-359	2008	CIC	799.500 €	Salud	Cabo Delgado
11	09-PRI-491	2009	CIC	716.600 €	Salud	Cabo Delgado
12	09-PRI-269	2009	F. Mundukide	535.799 €	Desarrollo Rural	Cabo Delgado
13	10-PRI-0691	2010	ASIDH	349.200 €	Salud	Maputo
14	10-PRI-0548	2010	CIC	399.950 €	Salud	Maputo
15	10-PRI-0031	2010	Prosalus	349.856 €	Salud/educación	Maputo

¹ Distribuidos en dieciocho Convenios (nueve en 2006, tres en 2007, seis en 2010) y treinta y tres proyectos (diez aprobados 2005-2007, diecinueve aprobados 2008-2011 y cuatro aprobados en 2012).

16	11-PRI-0135	2011	ASIDH	300.000 €	Salud	Maputo
17	11-PRI-0517	2011	CIC-Batá	499.448 €	Seguridad alimentaria	Maputo
18	11-PRI-0678	2011	CIC	322.292 €	Salud	Cabo Delgado
19	12-PRI-0240	2012	CIC-Batá	122.166 €	Salud	Maputo
20	12-PRI-0278	2012	F. Mundukide	252.419 €	Desarrollo Rural	Cabo Delgado
21	10-PRI-0476	2012	Prosalus	357.020 €	Salud/educación	Maputo

Fuente: elaboración propia a partir de los TdR

CONVENIOS						
Nº INTERV	CODIGO	AÑO	ONGD	IMPORTE SUBVENCIÓN	SECTOR	ZONA DE ACTUACIÓN
1	06-COI-037	2006	Ayuda en Acción	1.250.000 €	Fortalecimiento OSC	Cabo Delgado
2	06-COI-035	2006	Habitáfrica	2.240.000 €	Desarrollo Rural	Maputo
3	06-COI-034	2006	Ongawa-IsF	3.856.464 €	Agua y Saneam / Salud	Cabo Delgado
4	06-COI-013	2006	Medicos del Mundo	3.050.000 €	Salud	Cabo Delgado/Maputo
5	06-COI-014	2006	Medicos del Mundo	5.775.000 €	Salud	Cabo Delgado/Maputo
6	06-COI-036	2006	Prosalus	3.000.000 €	Desarrollo Rural	Maputo
7	07-COI-05/01	2007	F. Clinic	6.136.905 €	Salud	Maputo
8	07-COI-08/01	2007	Medicos Mundi Cataluña (MMC)	6.000.000 €	Salud	Cabo Delgado
9	10-COI-018	2010	Ayuda en Acción	2.000.000 €	Fortalecimiento OSC	Cabo Delgado
10	10-COI-019	2010	Habitáfrica	4.000.000 €	Desarrollo Rural	Cabo Delgado
11	10-COI-020	2010	CRE	2.000.000 €	Seguridad Alimentaria	Cabo Delgado
12	10-COI-005	2010	MMC	4.400.000 €	Salud	Cabo Delgado
13	10-COI-022	2010	Medicos del Mundo	2.400.000 €	Salud	Cabo Delgado

Fuente: elaboración propia a partir de los TdR

Aunque en la propuesta inicial presentada y de acuerdo a los TdR el equipo evaluador proponía la selección de una muestra representativa de las intervenciones, **el equipo evaluador, con la aprobación del Comité de Gestión, decidió no realizar una selección, sino considerar como “intervención” el conjunto de proyectos y/o convenios ejecutados por una ONGD con financiación AECID.**

Esta aproximación conjunta por entidad permitió una comprensión más completa y real de las actuaciones y por tanto del objeto de esta evaluación además de aportar un volumen de información mayor; datos más completos y una mayor integralidad de los análisis. Para facilitar el análisis y tratamiento de la información, se diseñó una **ficha de sistematización** que

se ha ido nutriendo de la información disponible y recopilada tanto en la fase de diseño con la revisión documental y las entrevistas previas, como con el trabajo realizado en la fase de terreno.

El financiador principal de las intervenciones evaluadas ha sido la AECID aunque algunas de ellas también fueron cofinanciadas por actores de la cooperación descentralizada: AEXCID, ACCD, AACID, CAM, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, FOCAD (Gobierno Vasco), Generalitat Valenciana, Ayuntamiento de Madrid y Ayuntamiento de Palma de Mallorca entre otros. Finalmente por lo que respecta al marco temporal, las intervenciones que forman parte de esta evaluación fueron aprobadas y se ejecutaron fundamentalmente entre los años 2005 y 2012.

3. METODOLOGÍA

3.1. GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación ha estado liderada y supervisada por un **Comité de Gestión** conformado por el Departamento de ONGD de la AECID, la OTC de Mozambique, SGICD y la unidad de evaluación de la CONGDE. Este proceso evaluativo ha contado además con un **Comité de Seguimiento** con el objetivo de fomentar desde el principio la apropiación de la evaluación por parte de todos los actores clave. Este Comité ha estado formado por las personas del Comité de Gestión más el Departamento de Cooperación con África Subsahariana de la Dirección de Cooperación con África y Asia (DCAA), el Departamento Sectorial de la Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera (DCMHyF) y las ONGD cuyas intervenciones forman parte de la evaluación.

3.2. FASES, TIEMPOS Y PRODUCTOS

El contrato de la evaluación se firmó el 5 de diciembre de 2014 y la primera reunión de arranque con el Comité de Seguimiento tuvo lugar el 15 de enero de 2015. Las diferentes fases de la evaluación siguieron la siguiente secuencia y duración: Etapa inicial y elaboración tanto del documento de planificación general como del Informe preliminar (15 semanas); la fase de trabajo de campo con una fase de preparación (2 semanas) y una fase de terreno (5 semanas y media); fase de análisis y elaboración del borrador del informe (6 semanas); revisión, validación del borrador del informe y elaboración del informe final.

3.3. MATRIZ DE EVALUACIÓN, MARCO DE ANÁLISIS Y PREGUNTAS

El equipo puso en práctica una opción **metodológica comprensiva** con énfasis en la extracción de lecciones aprendidas, experiencias relevantes y de potencialidades identificadas que sirvan para la mejora, tal y como se explicaba en el informe preliminar. Durante la evaluación, la **matriz de evaluación** articuló la fase de indagación al tiempo que orientaba la fase de análisis posterior. Esta tuvo pequeñas modificaciones, sobre todo en el apartado de los indicadores tras las primeras rondas de entrevistas y primeras reuniones del Comité de Seguimiento.

La matriz de evaluación definitiva responde a la operacionalización de los ejes de análisis planteados, que agrupaban a su vez al conjunto de las preguntas de evaluación tal y como se observa en la tabla siguiente:

Tabla 2: Ejes de análisis y preguntas de la evaluación

EJE 1	Alineamiento con las políticas y estrategias del MISAU de aplicación nacional y estrategias provinciales, redición de cuentas mutua y fortalecimiento de las instituciones públicas del sector salud.	P.1. ¿Las ONGD planifican sus intervenciones para complementar la planificación integrada provincial de las autoridades sanitarias descentralizadas y de las estrategias del Ministerio de Salud? P.2. ¿Cuáles han sido las mejoras a las que han contribuido los proyectos y convenios con componente de Fortalecimiento de Instituciones Públicas (formación de personal sanitario, mejora de la gestión de la sanidad pública, dotación de infraestructuras y equipamiento) en el SNS (Sistema Nacional de Salud)?
EJE 2	Armonización, complementariedad y sinergias de las ONGD con otros donantes, incluidas otras organizaciones, en especial en salud, pero también en sociedad civil; y Grado de Enfoque Intersectorial en las intervenciones.	P.3. ¿Se han aprovechado las sinergias posibles entre los proyectos y convenios financiados a ONGD y otras intervenciones de la CE en la misma temática, en especial cooperación bilateral directa? P.4. ¿Cuál es el valor añadido del Enfoque Intersectorial y en particular el desarrollado en las intervenciones que trabajan en derecho a la alimentación?
EJE 3	Fortalecimiento de la sociedad civil y participación de las ONGD, y sus organizaciones socias en el diálogo de políticas a nivel nacional y provincial	P.5. ¿Cuál ha sido el papel que han jugado las ONGD y sus organizaciones socias en el fortalecimiento de capacidades de la Sociedad Civil en la demanda y acceso al derecho a la salud? P.6. ¿Cuál ha sido la mejora de la participación de las ONGD y sus organizaciones socias en el diálogo de políticas a nivel nacional y provincial (sobre salud, DDHH, género y nutrición) promovida desde los proyectos y convenios?
EJE 4	Avances en la integración del enfoque de Género en las intervenciones	P.7. ¿Cuáles han sido los enfoques, estrategias, líneas de actuación (enfoque global, acciones concretas...) que en materia de género las ONGD han puesto en práctica en las intervenciones?
EJE 5	Participación del Colectivo Meta (TD, TO y TR) como elemento clave en el Enfoque Basado en Derechos	P.8. ¿Cuál ha sido la participación de los colectivos diana (TD, TO y TR) en las diferentes fases de las intervenciones?

Fuente: elaboración propia

Un aspecto clave de la metodología de esta evaluación fue la necesidad de un marco análisis específico diferente para cada eje. Por un lado las preguntas de evaluación estaban agrupadas en torno a cinco ejes con cierto grado de independencia entre si y por otro no todas las intervenciones eran concernidas por todas las preguntas, por lo que para una mejor comprensión adaptaron cinco marcos de análisis diferentes.

3.4. PLAN DE ANÁLISIS, TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS

El enfoque metodológico utilizado permitió analizar la información para responder a las necesidades informativas requeridas, aportando en algunos casos información que permite un análisis comparativo de modelos de intervención. Como se indicaba en los TdR, efectivamente no todas las intervenciones tienen potencial para aportar contenidos a todas las preguntas de evaluación. Por esta razón el análisis ha tratado de extraer aprendizajes por cada uno de los ejes de análisis según el carácter de las intervenciones.

El análisis de la información también se ha dirigido a **identificar experiencias donde el valor añadido de las intervenciones sea destacable**, mostrando un caso por cada eje de análisis. Aunque algunas de las experiencias sobre las que se ha trabajado son susceptibles de sistematizaciones de mayores dimensiones, se optó por poner en valor algunas de las más reseñables.

El resultado del procesamiento e interpretación de la información recopilada ha sido esquematizado en una **matriz de evaluación analítica**, junto a las fichas de caracterización sistémica de cada una de las intervenciones, una base fundamental de información y sistematización de evidencias.

3.5. CONDICIONANTES Y LIMITANTES EN EL ESTUDIO

3.5.1. CONDICIONANTES

- a) Previsión y planificación limitada del tiempo previsto para el proceso evaluativo.
 - b) Diferente grado de disponibilidad y respuesta de las ONGD implicadas en el proceso.
 - c) Dificultad para la reconstrucción histórica del proceso en algunas intervenciones.
 - d) Coincidencia de la agenda de la fase de terreno con visita presidencial a la provincia de Cabo Delgado.
 - e) Dificultades varias respecto al acceso a los informantes clave de algunas intervenciones. La amplitud del listado identificado de informantes clave redujo el sesgo de este condicionante.
 - f) Desigual nivel de información de las dos Direcciones Provinciales de Salud.
 - g) Dificultad de acceso a fuentes documentales de los Titulares de Obligaciones (TO).
- Marcos de intervención temporales más amplios para algunas ONGD.

3.5.2. LIMITANTES

La ausencia de una evaluación SMART² o a un análisis causal de la desnutrición³, donde obtener datos de mejora nutricional alcanzadas por comunidades distritos donde las ONGD desarrollaron sus acciones.

² La metodología SMART (Monitoreo estandarizado y asesoramiento en emergencias y transiciones) es un método de encuesta para conocer el estado nutricional de la población basado en los indicadores de estado nutricional de menores de 5 años y tasa de mortalidad. Fuente: ONU Standing Committee on nutrition. (www.unscn.org).

³ El estudio LinkNCA tiene un carácter participativo, estructurado y global, se basa en el marco causal diseñado por UNICEF y está dirigido a la construcción de consensos basados en evidencias. Combina un alto nivel cuantitativo en el componente de la nutrición, con un componente descriptivo que responde a un conjunto de seis cuestiones. Los estudios Link NCA se enmarcan en poblaciones locales, a escala de distrito o vecindario. (fuente: linknca.org).

4. ANÁLISIS

Este capítulo se divide en seis apartados. En el apartado 4.1. se enmarcan las intervenciones de las ONGD, desde una perspectiva **contextual y estructural** y a través de una línea del tiempo. En el apartado 4.2, correspondiente al eje I, se analizan los procesos de alineamiento de las intervenciones de las ONGD a nivel nacional, provincial y distrital y se presentan las mejoras que sobre el SNS tuvieron los procesos implementados por las ONGD. En el apartado 4.3. se abordan por un lado, cuáles fueron los tipos de colaboración establecidos entre las ONGD en el marco de intervenciones, y por otro, cuál fue el valor añadido de las intervenciones que contemplaron acciones de acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria. El apartado 4.4. analiza cómo las ONGD fortalecieron a la sociedad civil y la presencia de estas y sus socias en los espacios existentes de diálogo y toma de decisiones haciendo hincapié en los relacionados con el derecho a la salud. En el apartado 4.5. que corresponde con el eje 4 se analizan los avances en la integración del enfoque de género en las intervenciones y las dificultades a las que hicieron frente las ONGD en este sentido. Cierra el capítulo el eje referido a la participación en el apartado 4.6. donde se presenta un análisis de cuál fue el nivel de participación de los diferentes titulares en las intervenciones.

4.1. CONTEXTO, HITOS Y CONDICIONES: LÍNEA DE TIEMPO 2006 – 2012

Se construyó una línea de tiempo con el fin de ubicar los procesos e hitos más importantes como marco de las intervenciones analizadas. Este esquema de tres niveles refleja los hechos más destacables según el contexto de país (nivel superior), según los momentos relevantes en el marco de AECID (nivel central) y con la extensión de las intervenciones de las ONGD (nivel inferior).

4.2. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El análisis del fortalecimiento del SNS realizado por las ONGD se aborda desde una perspectiva sistémica analizando cada uno de los pilares principales de un sistema de salud según OMS⁴. Estos engloban a los objetivos generales contemplados en el Plan Estratégico del Sector Salud 2007-2012, elaborado por el MISAU.

En este capítulo se aborda una parte del análisis de la evaluación que analiza por un lado cómo las intervenciones respondieron a los marcos estratégicos mencionados con el fin de lograr resultados conjuntos y por otro cómo las ONGD llevaron a cabo sus líneas de acción dirigidas al fortalecimiento institucional del MISAU en sus diferentes niveles.

Este análisis se ha dividido en dos partes que responden a las preguntas de evaluación vinculadas. En el apartado 4.2.1 se presenta **el análisis sobre los procesos de planificación llevados a cabo por las ONGD y su diferente nivel de integración en la administración sanitaria mozambiqueña y en la estrategia de salud del MISAU**. Y el apartado 4.2.2 presenta **el análisis de la contribución realizada al SNS por las intervenciones**.

⁴ Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action; WHO Library Cataloguing in Publication data (2007).

4.2.1. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE PLANIFICACIÓN LLEVADOS A CABO

Alineamiento de las intervenciones con los marcos estratégicos de las autoridades sanitarias mozambiqueñas⁵.

Antes de entrar a analizar la articulación de las intervenciones con la planificación de las autoridades sanitarias a nivel nacional, provincial y distrital es relevante observar cómo las intervenciones se alinearon con procesos estratégicos clave, concretamente con el PESS 2007-2012 del MISAU en el que se enmarcaron con diferente intensidad dichas planificaciones y con el Plan Estratégico del Sector Salud de la provincia de Cabo Delgado para el 2009-20136.

El alineamiento con el **objetivo estratégico 1** “Mejora del estado de salud de la población y prestación de atención de salud de calidad” del PESS del MISAU se dio fundamentalmente con los objetivos generales relacionados con la mejora de la Salud Materno Infantil (SMI), la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y la reducción de la morbilidad por enfermedades transmisibles, (VIH/SIDA, malaria y tuberculosis), como se aprecia en la tabla 6. También podemos constatar este alineamiento con el objetivo general vinculado a la promoción de la salud y al fomento de la participación comunitaria con el fin de empoderar a los titulares de derechos para acceder a un mejor estado de la salud (objetivo general 8).

Por lo que respecta al **objetivo estratégico 2**, destaca el hecho de que las ONGD enmarcaron fundamentalmente sus actuaciones en el fortalecimiento de la red de prestación de atención de salud de calidad y del personal de salud en términos cuantitativos y cualitativos. Destacan las intervenciones de Medicus Mundi Catalunya (MMC) y de Médicos del Mundo (MdM), que desarrollaron líneas de actuación en diecisiete y once de los veinte objetivos generales del plan respectivamente.

En relación a políticas y programas sectoriales vinculados a los dos objetivos generales del PESS del MISAU, las intervenciones estuvieron alineadas tal y como se constató en la fase de revisión documental. Las ONGD tuvieron en cuenta los marcos reflejados en esta tabla durante la fase de diseño e identificación con el objetivo de integrar sus intervenciones posteriormente en el marco de acción de la administración en los diferentes niveles. La integración efectiva posterior se dio con diferentes niveles de profundidad en la fase de implementación. Los TO a nivel nacional mencionaron que las intervenciones respondieron a las demandas de estos marcos estratégicos sin identificar por lo general planes de acción más concretos.

Procesos de Planificación conjunta (distrital, provincial y nacional) llevada a cabo.

No se ha identificado un patrón común con el que se pueda generalizar cómo fue la integración de las intervenciones en las planificaciones provinciales y distritales durante el periodo de la evaluación. Con el objetivo de esclarecer cuáles fueron los procesos que contribuyeron a una mayor integración en esos procesos, se ha optado por un análisis basado en seis elementos creados por la evaluación que **describen diferentes grados acumulativos de integración**. Así con carácter progresivo contar con los elementos 1 y 2 supone la integración más baja y contar con todos los elementos del 1 al 6 que aparecen en la tabla 3, supone el nivel de integración más alto.

5 Este análisis del alineamiento se ha realizado a partir de los procesos llevados a cabo por las ONGD teniendo en cuenta lo recogido en los documentos de formulación, en los análisis de pertinencia y/o alineamiento de las evaluaciones realizadas y lo obtenido en el trabajo de entrevistas y resto de la revisión documental.

6 Anteriores a este plan existían otros documentos marcos. Estos fueron el PESS Nacional 2007-2012, ya analizado con anterioridad, el PESS provincial de Cabo Delgado 2003-2006, los relatórios de los PESS y los planes estratégicos de DPS para grandes endemias 2008-2010.

Tabla 3: Elementos para clasificar niveles de integración en la planificación

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN RESUMIDA
1	Si se hace referencia en los documentos de formulación de las intervenciones a los documentos de planificación existentes
2	Si la ONGD llevó a cabo actividades de identificación previas a la formulación de la intervención a las que asistieron Titulares de Obligaciones
3	Si la planificación de los convenios y proyectos se llevó a cabo no solo con la asistencia de TO a reuniones sino con su participación activa.
4	Si la ONGD asumió objetivos reflejados en documentos de planificación de los TO y además se informó a estos sobre los presupuestos que se iban a ejecutar cada año para su inclusión en los Planes Operativos Anuales (POA).
5	Si la identificación surgió como resultado de un proceso de planificación propio del TO (principalmente en el PESS) y existen evidencias de que al menos una parte de lo ejecutado por la ONGD se refleja en los documentos presupuestarios facilitados por los TO revisados.
6	La intervención de la ONGD fue esencial para el proceso de planificación de la administración sanitaria y así lo corroboran los TO en las entrevistas.

Fuente: elaboración propia

La agregación de elementos permitió realizar una graduación de la planificación realizada como **débil, media, alta y muy alta**.

En este sentido, los diversos documentos estratégicos elaborados por los distintos TO, tales como el PES tanto provincial como distritales, no ofrecen de manera sistemática claridad sobre la parte de las actuaciones de las ONGD que tienen integradas y las que no. Así encontramos por ejemplo que en el PESS de Cabo Delgado faltan gran parte de las actividades realizadas por las ONGD, ya que se mencionan sólo algunas. En un volumen alto de los Planes Económicos y Sociales de los Distritos (PESOD) revisados tanto para la provincia de Maputo como para la de Cabo Delgado esta mención es genérica, apareciendo englobada dentro del concepto “parceiros”, sin poder distinguir a quien o quienes corresponden esta referencia. Un factor a tener en cuenta será, tal y como se planteaba en los TdR, la inclusión o no de los presupuestos de las intervenciones de las ONGD en los presupuestos de los distintos niveles de la administración en salud.

Gráfico 1: Nivel de Integración de las intervenciones en procesos de planificación de TO según elementos de análisis.

ELEMENTOS INCLUIDOS POR ONG	NIVEL				
	NIVEL 1 Integración Débil	NIVEL 2 Integración Media	NIVEL 3 Integración alta	NIVEL 4 Integración Muy alta	
	ATRIBUTO DE NIVEL				
	Búsqueda de Puntos de encuentro	Complementariedad	Coliderazgo	Mejora de la calidad de los procesos	
ELEM 1	ASIDH, CIC-Maputo, PROSALUS, F. Clinic				
ELEM 2					
ELEM 1	ELEM 3	CIC-Cabo Delgado, CRE, ONGAWA y Habitáfrica			
ELEM 2	ELEM 4				
ELEM 1	ELEM 3	ELEM 5	MdM		
ELEM 2	ELEM 4				
ELEM 1	ELEM 3	ELEM 5	ELEM 6	MMC	
ELEM 2	ELEM 4				

Fuente: elaboración propia

Entre los factores que facilitaron los procesos de planificación destacan los siguientes:

- **La permanencia en el tiempo y en el espacio de la estructura de las ONGD.**
- **La presencia institucional prolongada de la AECID en Cabo Delgado y el conocimiento de las estructuras provinciales, sus mecanismos y procedimientos** debido a la asistencia técnica en la Dirección Provincial de Salud (DPS) hasta diciembre 2006 y posteriormente al PFIGCD, fue un elemento facilitador de las relaciones institucionales entre las ONGD y los distintos TO, que ha sido un elemento indispensable para los procesos de planificación conjunta e integrada.

Entre los factores que obstaculizaron los procesos de planificación destacan los siguientes:

- La **falta de continuidad de la estructura de gestión** en algunas organizaciones. Este hecho dificultó el conocimiento en profundidad de los TO, de sus procedimientos internos y el diálogo fluido durante la ejecución de los proyectos y convenios de las ONGD.
- Los **diferentes plazos de planificación económica** (las fechas de la resolución de las convocatorias de AECID en los años del periodo evaluado y las de elaboración de los Planes Estratégicos de Salud con presupuesto a nivel provincial y distrital con carácter anual) dificultaron la concordancia de estos y también que las cantidades aportadas por las ONGD se integraran en los documentos presupuestarios.
- La **no disponibilidad durante todo el periodo analizado por parte de algunas ONGD de personal experimentado** en la construcción de relaciones institucionales.
- Las **débiles capacidades instaladas en los SDSMAS**, agravadas por la agrupación de competencias de varios servicios, y del resto de sectores que complementaban al grupo de socios de las ONGD, como el SDPI, el SDAE o incluso algunas de las direcciones provinciales.

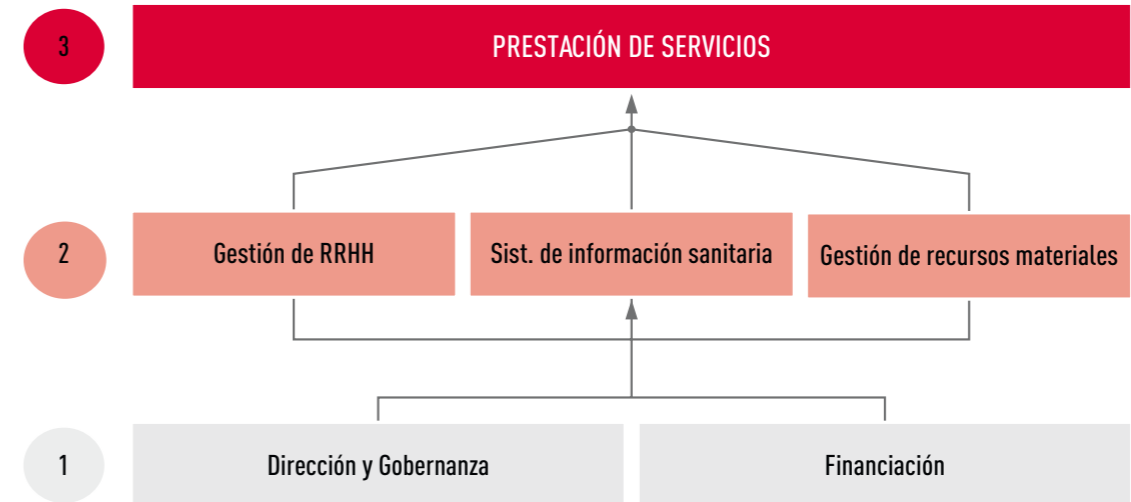
4.2.2. ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN A MEJORAS ALCANZADAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El análisis de las intervenciones se llevó a cabo utilizando un modelo del sistema nacional de salud adaptado por esta evaluación y basado en los pilares establecidos por la OMS sobre los sistemas de salud y en los objetivos generales establecidos en el PESS 2007-2012.

En el gráfico 6 se presenta el esquema utilizado para ubicar las líneas de acción de las intervenciones según los pilares clásicos del sistema recomendado por OMS⁷. En la base se han colocado los correspondientes a la **gobernanza y la financiación del sistema**, piezas claves tanto en la coordinación como en el lineamiento y sostenibilidad de las intervenciones. El análisis de este primer nivel permite valorar la capacidad de fortalecimiento de los TO en relación a la generación de políticas de calidad y a su aplicación. Sobre este reposa el segundo nivel que agrupa las áreas de gestión relacionadas con la calidad de la respuesta (**recursos humanos, materiales e información sanitaria**). El último nivel y el más visible para los titulares de derechos es el de la **prestación de servicios**, donde se analiza la contribución a atributos como la equidad, la calidad o la eficiencia del sistema.

⁷ Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action; WHO Library Cataloguing-in Publication data (2007).

Gráfico 2: Representación de los pilares del sistema recomendados por OMS.



Fuente: Elaboración propia basado en recomendaciones OMS (2007).

Un objetivo común perseguido por las intervenciones fue fortalecer en alguno de estos niveles las capacidades y potencialidades del sistema nacional de salud pública.

En este sentido a lo largo del análisis se hará mención a las capacidades creadas o reforzadas según su **carácter organizacional**, es decir que hayan permitido al sistema contar con reglas y normas para regir su funcionamiento y operatividad; o su **carácter institucional**, es decir, que hayan permitido al sistema llevar a cabo sus funciones mejorando la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad de este.

La tabla 4 que se muestra a continuación representa a las ONGD y los pilares que cada una de ellas apoyó durante el periodo de evaluación. Se hace mención a las ONGD que trabajaron exclusivamente en el sector salud y a aquellas que en el marco de su intervención contemplaron líneas de acción vinculadas al sector, quedando fuera de este análisis las intervenciones de CIC-Batá, F. Mundukide y AeA. Con este esquema se valorará qué ONGD desarrollaron un enfoque de fortalecimiento más integral, apoyando un mayor número de pilares.

Tabla 4: Distribución de apoyo dado por las ONGD a los distintos pilares del modelo de sistema nacional de salud.

NIVEL	PILAR DEL SISTEMA APOYADO	INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE SALUD					INTERVENCIONES CON COMPONENTE SALUD			
		ASIDH	CIC	F. CLINIC	MDM	MMC	ONGAWA	CRE	HABITÁFRICA	PROSALUS
1	DIRECCIÓN Y GOBERNANZA	-	-	•	•	•	•	-	-	-
	FINANCIACIÓN	-	•	-	•	•	-	-	-	-
2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS - FORMACIÓN	•	•	•	•	•	-	-	-	-
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN - SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA (SIS)	-	-	•	•	•	•	-	-	-
	GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES - INFRAESTRUCTURAS DE SALUD	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Fuente: elaboración propia.

Dirección y gobernanza.

Este primer pilar según la estrategia nacional engloba los objetivos relacionados con la planificación de los recursos, el monitoreo del desempeño, la investigación en salud y la mejora de la cooperación entre sectores y agentes. En este pilar destacaron las intervenciones de MMC, MdM y de la F. Clínic.

Los TO a nivel distrital hacen mención a la capacidad obtenida tras el acompañamiento de las MMC y MdM al personal de salud en los distritos donde trabajaron. Los TR vinculados a los Sistemas de Distrito de Salud, Mujer y Acción Social (SDSMAS) indicaron que en muchos casos el respaldo para poder llegar a zonas de difícil acceso y los recursos invertidos para hacer las planificaciones distritales durante las intervenciones, los dotaron de conocimiento de la realidad de las comunidades para poder elaborar documentos de mayor calidad. Desde el nivel local se valora la integración de estos conocimientos y la dotación de herramientas y protocolos de actuación que en otros distritos no se aplicaban aún.

El trabajo de rehabilitación e instalación de equipamientos, llevado a cabo por ONGAWA fue complementado por la elaboración y consenso de un Plan de Mantenimiento de Infraestructuras en Centros rurales de salud⁸ que se trató de insertar como herramienta de trabajo de la Dirección Provincial de Salud (DPS), en el marco de su intervención. Se trató de uno de los esfuerzos más relevantes de las ONGD para incidir en una de las claves reflejadas en la evaluación de 2005 sobre la cooperación en salud en el país, la importancia del mantenimiento⁹.

Dada la **relevancia del desarrollo de la investigación** para cambiar políticas y mejorar en calidad de prestación de servicios en salud pública, **la labor desarrollada por la F. Clínic resultó de especial importancia en el primer nivel del sistema analizado.** Su apoyo al Centro de Investigación en Salud de Manhica (CISM) permitió contar a este centro con financiación continuada de AECID¹⁰. El país dispone desde entonces de un centro de referencia en investigación aplicada en malaria y otras enfermedades endémicas del país. Los TO a nivel nacional entrevistados consideran esta iniciativa una referencia nacional en investigación y en ella se apoyan para la realización de estudios claves en salud pública.

La contribución en la mejora del Sistema nacional de Salud (SNS) a través del área de la investigación, fue muy diferente dependiendo del TO socio, sus capacidades técnicas y sobre todo del carácter de la colaboración establecida con la ONGD.

Financiación

Continuando con el primer nivel de análisis se aborda a continuación la descripción de los hallazgos obtenidos sobre financiación del SNS como línea de acción de acción de las intervenciones de las ONGD. Si bien este apoyo fue llevado a cabo por la Cooperación Española principalmente a

⁸ Se trata de una guía de procedimientos, responsabilidades y normas para la planificación diferenciada desde un enfoque preventivo y correctivo para cada una de las infraestructuras realizadas en el marco de la intervención (sistemas eléctricos, radio de comunicación, agua, saneamiento y edificación).

⁹ Evaluación de la Cooperación Española en salud en Mozambique. Informe 18. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (MAEC).

¹⁰ El Centro de Investigación en Salud de Manhica (CISM), se crea en 1996 por el Instituto Nacional de Salud de Mozambique y la F. Clínic per a la Recerca Biomèdica (Hospital Clínic de Barcelona y UB) con financiación de AECID, y por Resolución del Consejo de ministros mozambiqueño 16/2007 se reconoce como fundación de derecho privado y de utilidad pública gestionada por las autoridades mozambiqueñas.

nivel bilateral y a través de dotaciones presupuestarias a PROSAUDE, también fue relevante la aportación hecha por MdM y MMC y en menor medida por CIC.

En general las ONGD facilitaron para su inclusión en los presupuestos provinciales y distritales las cantidades destinadas a construcción de infraestructuras, compra de equipamientos y materiales y parte de las partidas destinadas a formación de personal sanitario, aunque durante el periodo analizado el reflejo de la información en dichos documentos no respondió a dinámicas similares en todos los años ni en todas las entidades. Estas dinámicas de inclusión están relacionadas por un lado con pautas más o menos sistemáticas en el tiempo por parte de las ONGD a la hora de facilitar la información a los distintos TO; y por otro lado a dinámicas más o menos exhaustivas, por parte de los correspondientes TO, de inclusión en sus documentos de los presupuestos de las ONGD relacionado con cierta falta de capacidades y debilidades en la sistematización de la información facilitada por las ONGD.

Los TO a nivel provincial y distrital entrevistados coinciden en afirmar que el apoyo presupuestario hecho por las ONGD en los distritos de Cabo Delgado, permitió la continuidad de la prestación de servicios en las distintas Unidades Sanitarias (US). Los TR consideran esta herramienta una medida básica para el funcionamiento tanto de las intervenciones como del SNS a nivel distrital durante el periodo de evaluación.

Segundo nivel de análisis: gestión de recursos humanos y formación, sistema de información sanitaria y gestión de recursos materiales.

El segundo nivel agrupa a los tres pilares centrales del sistema que posibilitan y condicionan una adecuada prestación de servicios a los TD, como son la gestión de recursos humanos y formación, el sistema de información de salud (SIS) y la gestión de recursos materiales – infraestructuras, equipamientos y suministros. Las ONGD desarrollaron para este nivel, un tipo de fortalecimiento más institucional, dotando al sistema de una mayor capacidad de respuesta a nivel nacional, centrado en la formación de personal en los tres niveles territoriales, mejorando la operatividad y gestión de la información sanitaria y aumentando la red de infraestructuras en las dos provincias.

Gestión de recursos humanos y formación.

Respecto a este pilar es relevante destacar que en 2008 el MISAU elaboró el Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (PNDRHS) 2008-2015, siendo una de sus finalidades definir la estrategia de formación para cubrir las necesidades de los recursos humanos del SNS. En este hay que tener en cuenta que tal y como se refiere en su introducción las metas obedecieron más a las necesidades que a las capacidades para su desarrollo que poseía el MISAU. En este esquema a su vez se enmarcó el Plan Nacional de Formación 2011-2015¹¹ que consideró la formación técnica de salud de nivel medio y básico en términos de capacidad y cobertura, como una de las claves en la estrategia a seguir para aumentar y conseguir los recursos humanos adecuados al SNS.

La formación de recursos humanos de salud se realizó en el marco de las intervenciones de CIC, F. Clínic y ASIDH en la provincia de Maputo y MMC y CIC en Cabo Delgado. Las intervenciones

¹¹ Tal y como se extrae de su introducción, la creación de este documento estratégico debía permitir a cada institución responsable, rentabilizar sus recursos y los de las provincias, facilitando la negociación con los socios locales y las líneas en las que estos podrían apoyar. Es significativo que a pesar del esfuerzo hecho no se acompañó este plan de un documento que cuantificase las inversiones en formación necesarias que relacionara el crecimiento técnico y de infraestructuras planteadas.

de MdM contemplaron acciones de formación tanto en el distrito de Matola (Maputo) como en varios de C. Delgado. **La formación supuso uno de los ejes más relevantes en las intervenciones y mejor valorados por los TR y TO a nivel nacional, provincial y distrital configurándose como el proceso con mayores efectos para la instalación de las capacidades en el sistema sanitario.**

El apoyo de las ONGD se dirigió principalmente a los ejes uno y cuatro. En el **eje uno** cabe destacar la acción de CIC y ASIDH, en su papel de asesoría y mejora de la calidad de la formación superior no solo a través de la implementación sino también a través de la inclusión en el currículum de salud de nuevas especialidades y potenciación de otras. La primera entidad realizó un esfuerzo considerable a la hora de potenciar la disponibilidad de especialistas anestesiólogos y de cirugía torácica desde la intervención llevada a cabo en el Hospital Central de Maputo (HCM). La presencia de CIC supuso, como se extrae de las entrevistas a TO a nivel nacional, un respaldo para que estas disciplinas contaran con un mayor número de profesionales y también para que fueran tomadas en cuenta por los TO responsables de la formación superior con el fin de incluirlas en los planes de las carreras universitarias.

En **el eje** cuatro también desarrollaron líneas de acción estas dos entidades además de las mencionadas más arriba y es aquí donde se concentró la mayor parte de la implementación del pilar que nos ocupa. Los objetivos de este eje se operacionalizan dentro del PNDRHS 2008-2015 en diez estrategias diferenciadas. En la tabla 5 se representa las acciones de las ONGD distribuidas según su participación en cada eje estratégico. En dos de los ejes, creación de la carrera de docente de instituciones de formación del MISAU y Refuerzo del sistema de información de la formación (ORHS) las ONGD no participaron dado que son actividades desarrolladas desde el nivel central del sistema donde las ONGD no han tenido una gran presencia.

Tabla 5: Apoyo dado por las ONGD en el marco del PNDRHS 2008-2015

ESTRATEGIAS DEL EJE 4 "CAPACIDAD DE LA RED DE FORMACIÓN INICIAL, POST-GRADUADOS (SUPERIOR) Y DE FORMACIÓN CONTINUA (Y FORMACIÓN EN SERVICIO).	ASIDH	CIC	F. CLINIC	MDM	MMC
Extensión física y logística de la red de formación	-	●	-	●	●
Extensión técnica de la red de formación	●	●	●	●	-
Mejora del proceso y de la calidad de la formación	-	●	●	-	●
Creación de la carrera de docente de instituciones de formación del MISAU	-	-	-	-	-
Diferenciación de la formación de los profesionales de la salud	-	●	●	●	●
Adaptar el perfil de las formaciones a las necesidades de los centros	-	-	-	●	●
Refuerzo del sistema de información de la formación (ORHS)	-	-	-	-	-
Apoyo a la política de movilización y participación comunitaria	-	-	-	●	●
Organización de los procesos de formación continuada	●	●	●	●	●
Refuerzo de las capacidades de planificación e implementación de los postgraduados	●	●	●	-	-

Fuente: elaboración propia a partir de PNDRHS 2008-2015

El eje cuatro hace mención a la capacidad de la red de formación inicial (grado básico, medio y superior), y a la formación continua (formación continua y formación en servicio). Será conforme a estos cuatro niveles de formación inicial del eje cuatro que se presentan los principales hallazgos y evidencias para gestión de recursos humanos y formación.

1. Formación inicial de grado básico y medio

Las ONGD CIC, MdM y MMC apoyaron la formación básica y media a través de dos vías, por un lado con el respaldo de los Centros de Formación de Personal de Salud (CFPS) de Pemba y de Moçimboa de Praia, y por otro con el apoyo a los planes de formación elaborados en algunos casos en coordinación, de los Sistemas de Distrito de Salud, Mujer y Acción Social (SDSMAS) y la Dirección Provincial de Salud (DPS) de Cabo Delgado principalmente.

Sobre el apoyo realizado al CFPS de Pemba por MdM y MMC, y al de Mocimboa de Praia por parte de CIC, los TO a nivel provincial y distrital expresaron una valoración muy positiva, ya que supuso durante parte del periodo de evaluación y desde antes, uno de los respaldos más importantes a nivel institucional en ambos casos. De hecho en el caso del CFPS de Mocimboa, a pesar de ser centro oficial y contemplarse en el PNFDRH del MISAU, comenzó a realizar sus actividades en el periodo 2010/2011 gracias al apoyo de CIC.

Tanto en la línea de acción de la formación como la referida a dotación de materiales e infraestructuras fueron valoradas positivamente por los TO a nivel nacional, provincial y distrital, incluidos los que fueron alumnos que durante el trabajo de campo de esta evaluación estaban prestando servicios en las US visitadas. **Los TO a nivel provincial y distrital indican que la formación básica y media apoyada en las líneas de acción de estas ONGD mejoraron la calidad de los profesionales y aumentaron el número de recursos humanos en salud** lo que incrementó la calidad de la prestación de los servicios a los TD.

2. Formación inicial de grado superior

Del PESS 2007-2012, se extrae que era evidente la necesidad de aumentar la dotación de recursos humanos con formación superior en las Unidades Sanitarias (US) de las provincias, durante el periodo analizado. Según el documento a nivel gubernamental esta prioridad no había sido tenida en cuenta hasta entonces, ya que el esfuerzo fue dirigido a dotar las US al menos con personal de formación inicial (básica y media). En este marco las intervenciones de las ONGD comenzaron por responder principalmente a la formación básica, y en menor medida algunas líneas de acción de las intervenciones de F. Clínic, ASIDH y CIC se dirigieron a la formación superior; no obstante en la provincia de Maputo aunque con proyección nacional en muchos casos.

El trabajo realizado por las ONGD en formación superior no solo permitió aumentar el número de recursos formados en este nivel superior, sino que fue considerado clave para mejorar las capacidades docentes de instituciones como el Instituto Superior de Ciencias de la Salud (ISCISA), el Hospital Central de Maputo (HCM), la Universidad Eduardo Mondlane (UEM) y el propio Centro de Investigación en Salud de Manhiça (CISM).

3. Formación continua

El tercer nivel al que hace mención el eje 4 del PNDRHS 2008-2015 es la formación continua que garantiza una mejor calidad en la asistencia sanitaria ya que posibilita la aplicación de técnicas más avanzadas y de un aprendizaje constante. Está dirigida a profesionales en activo que accede a una educación de mejora y actualización de protocolos, elaboración de informes necesarios, adquisición de técnicas, herramientas y conocimientos clínicos relacionados con la disciplina y con los programas nacionales.

Destacaron en esta línea de acción MdM y MMC. La primera apoyó la elaboración de planes de formación continua en Mecufi, Metuge, Mueda y Matola y la segunda en Meluco y Ancuabe, que se integraban en los Planes Operativos Anuales (POA) distritales. En el resto de los casos las acciones de formación continua contempladas en las líneas de acción de las intervenciones se incluyeron en los planes de formación del nivel provincial.

4. Formación en servicio

El cuarto y último tipo de formación destacado en el PNDRHS 2008-2015 es la formación en servicio que complementó el trabajo desarrollado por las líneas de acción de formación continua por un lado, y garantizó la calidad de la prestación del servicio durante el periodo analizado por otro. Este tipo de formación tuvo un carácter eminentemente práctico y estuvo dirigida a la supervisión y la mejora constante de procedimientos y protocolos establecidos tanto por el MISAU en sus diferentes niveles como por las ONGD.

La formación en servicio se llevó a cabo en diferentes modalidades por parte de estas organizaciones. Mientras las de Maputo, salvo en el caso de MdM, la concentraron en tres grandes instituciones de salud (CISM, CSPC y HCM), en Cabo Delgado se llevó a cabo principalmente en las Unidades Sanitarias (US) y hospitales del nivel rural.

La formación en servicio fue distinta según el carácter urbano o rural de las intervenciones. En la zona rural esta formación se acompañó en la mayoría de las ocasiones de apoyo logístico y de transporte, equipos, materiales y suministros, centrandose no obstante la acción en el conocimiento del personal de las ONGD y en la transferencia de conocimientos durante la práctica clínica y la prestación del servicio. En cuanto a los recursos humanos empleados, las ONGD llevaron a cabo estas tareas con personal propio expatriado, contratados mozambiqueños y personal sanitario en excedencia del sistema público. **La formación en servicio tuvo por objetivo identificar acciones de mejora y aumentar los conocimientos a través de la práctica del personal de salud.** No fue sencillo determinar el alcance que estas actividades tuvieron en la mejora de la prestación. No obstante los TO, de ámbito provincial y distrital, y TR entrevistados coinciden en señalar que se promovieron procesos auto replicables, ya que se crearon capacidades en profesionales para desempeñar protocolos y procedimientos.

Sistema de información sanitaria (SIS).

Dejando a un lado la formación y dentro del segundo nivel clave del modelo de análisis OMS el SIS es un pilar que se considera clave en el funcionamiento del SNS ya que la información sanitaria veraz y sólida es esencial para la construcción de indicadores para documentar y respaldar la toma de decisiones y rendición de cuentas en los distintos niveles del MISAU. Contar con un sistema de información sanitaria de calidad es fundamental cuando las enfermedades infecciosas tienen un gran peso en la salud como es el caso de Mozambique, ya que la ausencia de un SIS, además de impedir la mejora de la prestación del servicio, limita que se pueda realizar una vigilancia epidemiológica para reaccionar ante situaciones de emergencia.

Las líneas de acción comprendidas en las intervenciones que hacían incidencia en la mejora de la calidad de los datos no plantearon un enfoque integral del sistema apoyado, sino mejoras puntuales en algunos casos con un débil diagnóstico de las capacidades existentes o descontextualizadas. Las oportunidades perdidas se observan en el ámbito de la mejora a nivel provincial y nacional. En el nivel distrital, y sobre todo las intervenciones con carácter integral de salud como las de MMC o MdM supusieron los primeros esfuerzos para acercar la información recopilada de las Unidades Sanitarias (US) al nivel provincial donde debían ser sistematizadas.

Gestión de recursos materiales.

La mayor parte de las ONGD analizadas incidieron en la dotación de equipamiento, materiales e infraestructuras, algunas de ellas concentrando gran parte de los recursos financieros implementados¹². En la línea de concentración de acciones, en cuanto a la dotación de recursos materiales también fue muy superior el número de acciones en la provincia de Cabo Delgado en relación a la de Maputo.

Las ONGD contribuyeron a mejorar la calidad de las Unidades Sanitarias en seis de los nueve distritos de la provincia de Maputo y en trece de los diecisiete de Cabo Delgado, a través de acciones de construcción, rehabilitación y dotación de equipamiento y material. El apoyo de las ONGD permitió desarrollar el planteamiento del MISAU en su estrategia de ir eliminando estructuras de puestos de salud para convertirlas en centros de salud con el fin de mejorar la atención y los medios disponibles.

Durante el periodo analizado se produjo en la provincia un aumento de US pasando de 104 US en 2007¹³ a 115 en 2013¹⁴, constituyendo el apoyo de las ONGD el 45.5% del total de este aumento si se tienen en cuenta solamente las US de nueva construcción. Los distintos TO consideran que las ONGD **contribuyeron a los primeros pasos de la instalación de capacidades en distritos donde la red del SNS aún no había llegado.** La mejora producida por las intervenciones de las ONGD es destacable, ya que además de la nueva construcción se rehabilitaron y se dotó de instalaciones a un total de 28 US en ocho distritos de la provincia. Como se extrae de los TO a nivel provincial y distrital las intervenciones de las ONGD fueron uno de los principales pilares del aumento de la cobertura ya que además se intervino en zonas de gran aislamiento geográfico.

Estas intervenciones mejoraron indicadores de salud durante el periodo de ejecución tal y como puede verse en la documentación de seguimiento de las ONGD y produjo un aumento de la población con acceso al primer nivel de cuidados de salud. No obstante a menudo es reconocido que una vez finalizada la intervención las mejorías y los avances de los indicadores se estancaron.

Para mostrar cómo los esfuerzos y recursos destinados a la construcción, rehabilitación y dotación de infraestructuras sanitarias llevadas a cabo por las ONGD han contribuido a la mejora del acceso a la salud en Cabo Delgado, y teniendo en cuenta los condicionantes en torno a la disponibilidad de datos, se presentan cuatro indicadores de uso de infraestructuras y cobertura del sistema: **el índice de inequidad horizontal, el radio medio en kilómetros del área de intervención de cada US el número de habitantes por US** y el número de camas por cada 1.000 mujeres en edad fértil.

Se dio una escasa instalación de capacidades alcanzadas lo que denota por un lado deficiencias en la identificación de algunas intervenciones, y por otro lado una cierta tendencia a la implementación de actividades por encima de acciones para afianzar los logros. Por parte de los TO de ámbito provincial y distrital se reconoce una escasa **cultura de mantenimiento**, que dificultó sobremedida la apropiación de parte de los servicios puestos en marcha en el marco de las intervenciones.

Tercer nivel de análisis: prestación de servicios

¹² La disposición de una parte del presupuesto de las intervenciones destinada a infraestructura es una exigencia establecida en el Código de Conducta firmado entre las ONGD de salud y el MISAU.

¹³ Según Plan Económico y Social (Balance 2007). DPS MISAU. Según este documento anual en ese año existían en la provincia cuatro hospitales distritales, setenta y seis centros de salud tipo I y II y catorce puestos de salud.

¹⁴ Según Plan Económico y Social (Balance 2013). DPS MISAU.

En este nivel de análisis encontramos objetivos generales sobre la mejora del estado de la salud en general, sobre la promoción de esta, la prestación de los servicios del sector y la prevención y control de enfermedades. Las intervenciones pusieron en marcha líneas de acción enmarcadas en 6 de los 8 objetivos generales de esta parte del Plan Estratégico Sector Salud 2007-2012 (PESS 2007-2012). Un análisis detallado de las mismas aparece recogido en el anexo 4.3.

Por lo que respecta al apoyo en la prestación de servicios en relación a los OG del 1 al 4 se dieron dos enfoques de trabajo: por un lado aquellas organizaciones cuyas líneas de acción de prestación de servicios **asumieron labores propias del SNS** en la atención sanitaria a la población. Esto se llevó a cabo mediante la gestión directa de US, la contratación de personal sanitario puesto a disposición del SNS y/o aprovisionamiento de equipos y suministros. Este fue el caso de ASIDH, F. CLINIC y Prosalus sobre todo en los distritos de la provincia de Maputo.

Por otro lado, organizaciones como CIC, y sobre todo MMC y MdM realizaron su contribución a la mejora de la prestación de los servicios de salud a través del apoyo presupuestario destinado al funcionamiento, material y personal en US de distritos de Cabo Delgado, como ya se comentó con anterioridad. Sin este apoyo las US, según indican los TO a nivel provincial y distrital no hubieran podido realizar la atención sanitaria durante periodos considerables de tiempo.

Las intervenciones de las ONGD contribuyeron en diferente medida a los cinco pilares de los tres niveles del modelo del sistema de salud analizado. Entre estos destacaron el apoyo a la mejora de la calidad de los recursos humanos, a la ampliación de la red de infraestructuras y materiales (sobre todo en la provincia de Cabo Delgado) y al refuerzo de la prestación de servicios de salud en los distritos donde intervinieron. El objetivo de fortalecer capacidades en un sistema nacional de salud (SNS) que aún no había llegado a los distritos hizo que en varias intervenciones ONGD implementasen acciones hasta responder a las demandas de los titulares de derechos como si de un titulares de obligaciones se tratase. En el ámbito rural las intervenciones se enfrentaron a una considerable falta de respuesta por parte de los TO por causa de la debilidad institucional existente y las escasas capacidades para alcanzar la implementación del SNS. En este sentido el apoyo de las ONGD a la extensión de la red sanitaria supuso una importante contribución a la cobertura del primer nivel de los cuidados sanitarios. Como se desprende de las entrevistas con los distintos TO de ámbito nacional, provincial y distrital, la contribución de las ONGD no solo aumentó la población que pudo acceder al primer nivel de la atención sino que contribuyó a la instalación por primera vez del SNS en varias zonas.

4.3. ARMONIZACIÓN Y SINERGIAS DE LAS ONGD; GRADO DE ENFOQUE DE INTERSECTORIALIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS (SETP) Y VALOR AÑADIDO DE LAS INTERVENCIONES QUE INCLUYERON EL ACCESO AL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN Y A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

En este capítulo se aborda cómo han sido las relaciones establecidas entre las ONGD en el marco de sus intervenciones, las sinergias generadas entre estas y cuál fue el valor añadido de las intervenciones que contemplaron acciones de acceso al Derecho a la Alimentación y a la Seguridad Alimentaria.

Para la primera parte, que corresponde a los tres primeros subcapítulos, se presentarán los principales espacios de encuentro, diálogo y coordinación de los que han formado parte así como los distintos mecanismos de intercambio. Después se analizarán los puntos de encuentro habidos entre las intervenciones desarrolladas en la Provincia de Cabo Delgado y el Programa de Fortalecimiento Institucional del Gobierno de Cabo Delgado (PFIGCD) implementado por AECID, así como las potenciales **sinergias** entre las acciones de las ONGD y el PROSAUDE.

En la segunda parte se analiza cómo las intervenciones que integraron el acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria y al derecho a la Salud, llevaron a cabo su acción. Se hace una presentación del Enfoque Intersectorial y del SeTP y a continuación se analiza el trabajo realizado por cinco de las ONGD, objeto de estudio que desarrollaron líneas de acción dirigidas al aumento del acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria.

4.3.1. ESPACIOS PARA LA ARMONIZACIÓN Y SINERGIAS DE LAS ONGD

A nivel nacional

Los principales **espacios nacionales de coordinación y diálogo del sector salud** en Mozambique son los siguientes: Consejo Nacional de Salud, el *Health Partners Group*, los grupos de trabajo del SWAP salud y los grupos temáticos del MISAU.

Durante el periodo evaluado no existía un mecanismo de coordinación en materia de salud que involucrase de modo sistemático, es decir formal y regularmente, a todos los componentes de la sociedad civil del sector. Aun así, dos de las plataformas de ONGD más importantes de Mozambique, la red mozambiqueña de organización de servicios para el VIH/Sida (MONASO) y la red Naima+ compuesta por ONGD de salud y VIH/Sida no mozambiqueñas, lograron participar en procesos SWAP de salud como el SWAP Forum, en varios de sus grupos de trabajo y en la elaboración del Plan Estratégico del Sector Salud del MISAU (PESS). En uno de los espacios de coordinación de sociedad civil más relevantes, **la plataforma Naima+** confluyeron las ONGD CIC, MdM y MMC. Esta red tuvo presencia en los grupos de trabajo promovidos por el MISAU y en los grupos temáticos que el SWAP contenía en su organigrama de trabajo. La participación de MdM y MMC fue calificada por los titulares de responsabilidades entrevistados como proactiva, propositiva y muy enriquecedora formando parte del consejo de dirección durante diferentes periodos.

Estos grupos de trabajo fueron aprovechados por las ONGD como mecanismos de divulgación y socialización de los aprendizajes derivados de sus intervenciones. MMC fortaleció la presencia del conjunto de las ONGD en estos foros de trabajo facilitando la divulgación de materiales y documentación, reportes y posicionamientos del resto de los actores.

A nivel provincial

En relación al ámbito provincial, tanto en Maputo como en Cabo Delgado existen también espacios de coordinación ad hoc de ONGD y de estas con las autoridades provinciales. Los principales esfuerzos de coordinación y búsqueda de sinergias de las ONGD analizadas se llevaron a cabo en espacios liderados o promovidos por las instituciones públicas provinciales y distritales.

Si bien hubo **una presencia considerable de ONGD con relaciones informales entre ellos**, la evaluación ha comprobado que no se desarrollaron más instrumentos formales que los mencionados de puesta en común o de búsqueda de alianzas concretas para la

intervención. Desde las TO a nivel nacional y provincial, se destaca la percepción de que las intervenciones, aunque todas se enmarcaban en la actuación de Cooperación Española como tal, no establecieron coordinaciones institucionales formales ad hoc para articular y armonizar procesos que favorecieran y facilitaran las relaciones con los distintos titulares de obligaciones.

A nivel distrital

A nivel distrital los espacios más relevantes de coordinación fueron los Consejos Consultivos Distritales (CCD), liderados por el gobierno y formados por los distintos servicios del distrito (SDSMAS, SDAE, SDPI y SDEJT) y la secretaría distrital. Estos se reunían al menos en el momento de hacer la planificación del Plan Económico y Social anual y para hacer balance de cumplimiento de objetivos en ese mismo periodo. Cada servicio distrital organizaba reuniones con las entidades vinculadas a sus actividades incluyendo a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) locales y las ONGD internacionales y consensuaba los puntos de la agenda a tratar en el CCD.

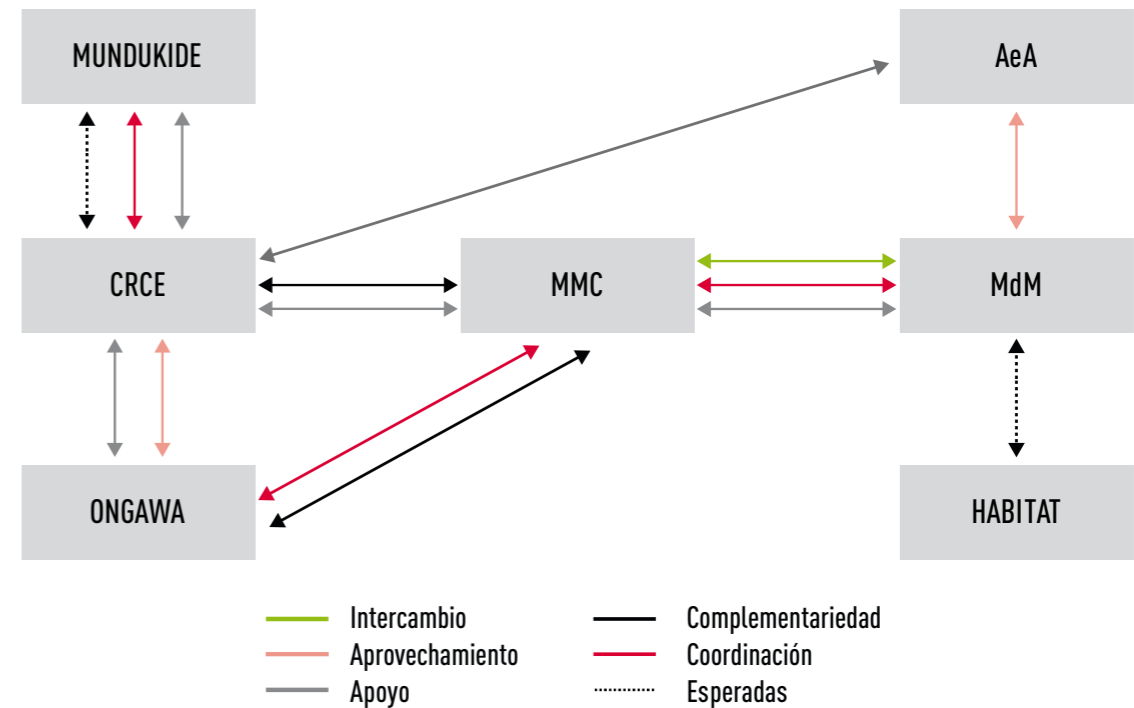
En todos esos espacios las ONGD intercambiaron información sobre las actividades de sus intervenciones, concretaron las líneas de acción que se apoyarían, se coordinaron para evitar solapamientos, y se compartieron y analizaron resultados, hallazgos y dificultades encontradas. Según declararon los distintos TO la participación de las ONGD analizadas se considera de gran calidad y en algunos casos, las entidades fueron consideradas relevantes aliadas de las instituciones para poder llevar a cabo sus funciones. La capacidad y la profesionalidad del personal supuso en muchos casos un valor añadido destacado por los TO entrevistados.

Por último destacar que también **hubo espacios propios de la Cooperación Española** en las dos provincias analizadas. La organización de estas reuniones y su regularidad varió durante el periodo evaluado y estuvo condicionada en gran medida por la disponibilidad de responsables de programa o de proyecto vinculados al sector salud en la OTC.

4.3.2. RELACIONES DE COLABORACIÓN Y POTENCIALES SINERGIAS ENTRE LAS INTERVENCIONES DE LAS ONGD

Durante la ejecución de sus intervenciones las ONGD que trabajaron en la provincia establecieron relaciones de colaboración entre sí con diferentes niveles e intensidades. Para esta evaluación hemos considerado el concepto de sinergia, al que se hace mención en la pregunta de evaluación prevista, como la acción de dos o más causas que generan un efecto superior al que se conseguiría con la suma de los efectos individuales. Así tras el análisis llevado a cabo de la revisión documental, del discurso extraído durante el trabajo en terreno a TR, TO y responsables de AECID y de las ONGD, podemos afirmar que durante el periodo de esta evaluación, **entre las entidades analizadas no se consiguieron materializar sinergias como tales en el desarrollo de las intervenciones**. No obstante para este análisis se ha optado por una clasificación detallada de las relaciones de colaboración establecidas tal y como se aprecia en el gráfico 3, que sin llegar a poderse considerar sinergias como se ha explicado, si supusieron puntos de encuentro valorables.

Gráfico 3. Tipos de colaboración entre las intervenciones de ONGD.



Fuente: elaboración propia

4.3.3. RELACIONES DE COLABORACIÓN Y POTENCIALES SINERGIAS CON OTROS PROGRAMAS BILATERALES

En relación a las posibles sinergias con intervenciones bilaterales de la CE, solo se han identificado los casos puntuales que se analizan a continuación. Siguiendo la misma clasificación establecida en el apartado anterior podemos hablar de **relaciones de complementariedad entre el PFIGCD implementado por AECID y las intervenciones de MMC y Habitáfrica**. La incidencia de este programa en la mejora de la planificación de la administración provincial se vio complementada con líneas de acción específicas de estas ONGD destinadas a la mejora de la planificación provincial y distrital.

El apoyo de MMC a la DPS de Cabo Delgado complementó los esfuerzos realizados para mejorar la calidad de la planificación estratégica del Gobierno Provincial. Los distintos TO y TR provinciales entrevistados ponen de manifiesto que las capacidades de planificación en salud en la provincia mejoraron de manera considerable: se logró una mayor claridad en la presentación de las necesidades y en la identificación de puntos críticos; la calidad de los datos y ratios utilizados mejoraron y reflejaron de manera más fidedigna a la realidad, posibilitando la fijación de metas más realistas; también destacan la mejora de las capacidades de la administración para elaborar presupuestos acordes a necesidades y a disponibilidad de recursos.

Los TR destacan que en un momento avanzado de la intervención el mecanismo de apoyo presupuestario tuvo resultados relevantes lo que fortaleció la colaboración con el Gobierno del distrito de Mueda. A través de este proceso, entre otros ámbitos, se apoyó la reforma institucional llevada a cabo junto al proceso de desconcentración, impulsando la implementación de nuevas herramientas de gestión, como el e-SISTAFEI5, y la mejora del desempeño de los Consejos Consultivos Locales, comenzando por las propias sesiones ordinarias a nivel distrital.

4.3.4. SOBRE EL LOS ENFOQUES DE INTERSECTORIALIDAD Y EL ENFOQUE DE SETP (SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS)

El Enfoque de Intersectorialidad y el de “Salud en todas las políticas” son dos de las claves para alcanzar la integración de sectores y políticas para consensuar objetivos y alcanzar resultados en el sector salud. Las intervenciones lograron un limitado alcance en la puesta en marcha de estos enfoques que por otro lado no disponen de un amplio desarrollo teórico sobre el que basar el diseño. Además los modelos para organizar la acción intersectorial fueron diversos y sus características dependieron del nivel de la toma de decisiones, de la estructura funcional donde se integraron y sobre todo de las capacidades instaladas de los actores implicados.

Las intervenciones de CRE, Habítáfrica y Prosalus consideraron la intersectorialidad, contemplando gran parte de sus líneas de acción focalizadas en el sector salud. La amplitud de este sector del que dio cuenta la diversidad de intervenciones, ofrecía durante el periodo de evaluación posibilidades de acción más que suficientes, si observamos por otro lado las dimensiones y los presupuestos canalizados a través de las ONGD. Hay que destacar que no se contó con un consenso claro y explícito sobre los criterios para considerar una intervención intersectorial, integral o multidisciplinar.

Clasificación de las intervenciones según su contribución a la mejora de la situación nutricional.

Se considera conveniente recordar que **existen diferentes aproximaciones causales al problema de la malnutrición desarrolladas desde diferentes ámbitos de la investigación**, de las agencias internacionales de desarrollo y de la academia. Teniendo en cuenta los limitantes mencionados, para este análisis se ha optado por el modelo teórico *Scaling Up Nutrition* promovido desde 2013 por la mayoría de la comunidad científica y presentado en la revista Lancet. Inicialmente estaba previsto que se analizaran solo las cinco ONGD que tenían un componente de seguridad alimentaria, pero durante el proceso de análisis se consideró pertinente analizar todas las intervenciones conforme a este esquema y poder así tener una visión de la situación geográfica más integral.

Este marco responde al enfoque de seguridad alimentaria y sirve para valorar las intervenciones, su relación con la mejora de la situación nutricional y su efecto en el crecimiento y en el desarrollo de los TD. Dada la ausencia de datos nutricionales al nivel de las comunidades donde tuvo lugar la ejecución de las intervenciones, mediante este análisis se consigue **una aproximación al potencial de incidencia de las intervenciones en la mejora de la nutrición y por ende de la salud de las poblaciones beneficiadas.**

Este análisis se refuerza más adelante para el caso concreto de las cinco ONGD inicialmente concernidas con un modelo de análisis del Banco Mundial de 2007 dirigido a intervenciones con líneas de desarrollo agrario y actividades vinculadas.

Cuadro I: Clasificación de intervenciones por su relación a la mejora nutricional

TIPO	DESCRIPCIÓN
INTERVENCIÓN NUTRICIONAL ESPECÍFICA	Abordan los determinantes inmediatos de la nutrición y el desarrollo fetal e infantil. Se trata de intervenciones dirigidas a asegurar la ingesta adecuada de alimentos y nutrientes, la correcta alimentación, la adecuada atención de las madre y padres y posibilitan una disminución de la carga de enfermedades infecciosas.
INTERVENCIÓN CON INCIDENCIA NUTRICIONAL O “INTERVENCIÓN SENSIBLES”	Abordan determinantes subyacentes de la nutrición y desarrollo fetal e infantil. Se refieren a programas donde se interviene en seguridad alimentaria, derecho a la alimentación, recursos adecuados de atención a la madre, el hogar y la comunidad, mejora de accesos a servicios de salud, promoción de ambientes seguros e higiénicos. Estos programas se recomiendan que sean programas a añadirse a los programas específicos para contar con una mayor eficacia en la intervención y mayor impacto en la resolución del problema.

Fuente: elaboración propia a partir de Lancet, 2013.

Intervenciones nutricionales específicas

En la tabla 6, se recogen las intervenciones de las ONGD en cada una de las líneas específicas según el marco teórico de referencia. En 6 de los 12 casos estudiados la ONGD ejecutó actividades de prevención y control de enfermedades infecciosas y en 5 de 12 de las intervenciones contempló acciones relacionadas con la lactancia y la alimentación complementaria, fundamentalmente apoyando programas desarrollados en las unidades de salud. Un tercio de las ONGD implementó actividades relacionadas con la estrategia IEC (información, educación y comunicación) para la promoción y estímulo de hábitos saludables vinculados a la nutrición.

Tabla 6: Distribución de las ONGD según el tipo de actividad realizada en el nivel de intervenciones específicas según marco Lancet de contribución a la mejora de la desnutrición (2013)

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL ESPECÍFICA	ONGD QUE REALIZAN ACTIVIDADES RELACIONADAS
SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y NUTRICIÓN ANTES DEL EMBARAZO	CIC, MMC, MdM
SUPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA PARA MADRES	
SUPLEMENTACIÓN O REFUERZO CON MICRONUTRIENTES	
LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	CIC, CRE, MMC, MdM, Prosalus
SUPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA PARA NIÑOS	Prosalus
DIVERSIFICACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN	CIC-Batá, CRE, Prosalus
COMPORTAMIENTOS Y ESTIMULACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN	CIC-Batá, CRE, MdM, Prosalus
TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	Prosalus
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES	ASIDH, CIC, F. Clínic, MMC, MdM, Prosalus
INTERVENCIÓN DE NUTRICIÓN EN CASO DE EMERGENCIA	Prosalus

Fuente: elaboración propia

Intervención con incidencia nutricional o “sensibles”.

En la tabla 7, se recogen las intervenciones de ONGD por cada una de las líneas fijadas con potencial de mejorar la situación nutricional de la población o denominadas “sensibles”. Todas las ONGD ejecutaron una o más líneas de acción relacionadas con las estrategias contempladas en esta categoría. 8 de las 12 ONGD desarrollaron acciones para mejorar el acceso al derecho a la salud de los TD mediante modelos de intervención diversos. Cinco de las doce entidades analizadas implementaron acciones directamente relacionadas con el desarrollo agrario y el sector productivo dirigido a la obtención de productos alimentarios y estrategias para alcanzar la seguridad alimentaria. Destacar, ya que se encuentra entre las estrategias del marco teórico, y aunque se desarrolla con más profundidad en el capítulo 4.5. de este informe, que 6 de las 12 ONGD implementaron acciones destinadas al empoderamiento de la mujer. Ninguna de las ONGD analizadas incluyó, según la revisión documental y las entrevistas realizadas, acciones de mejora de la salud mental materna ni acciones dirigidas al apoyo de la red de seguridad social de la población.

Tabla 7: Distribución de las ONGD según el tipo de actividad realizada en el nivel de intervenciones sensibles según marco Lancet de contribución a la mejora de la desnutrición (2013)

INTERVENCIONES SENSIBLES	ONGD QUE REALIZAN ACTIVIDADES RELACIONADAS
AGRICULTURA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA	CIC-Batá, CRE, F. Mundukide, Habitáfrica, Prosalus
REDES DE SEGURIDAD SOCIAL	
DESARROLLO DE PRIMERA INFANCIA	MMC, MdM, Prosalus
SALUD MENTAL MATERNA	
EMPODERAMIENTO DE LA MUJER	AeA, CIC-Batá, CRE, MMC, MdM, Prosalus, F. Clínic
PROTECCIÓN INFANTIL	AeA, Prosalus
EDUCACIÓN ESCOLAR	AeA, CRE, Habitáfrica, Prosalus
AGUA Y SANEAMIENTO	CRE, Habitáfrica, ONGAWA, Prosalus
SERVICIOS DE SALUD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	AeA, ASIDH, CIC, F. Clínic, Habitáfrica, MMC, MdM, Prosalus

Fuente: elaboración propia

Si el análisis se realiza por cada ONGD se ha de considerar, según el marco teórico utilizado, que **las intervenciones con mayor posibilidad de contribuir al cambio de la situación nutricional de los TD, fueron aquellas en las cuales un número alto de acciones específicas estuvieron apoyadas por acciones sensibles.**

Valoración de las intervenciones con líneas de acción para el acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria.

Las ONGD combinaron en sus formulaciones acciones “sensibles” y “específicas” con el fin de: mejorar la disponibilidad y el acceso a alimentos adecuados y adaptados; orientar la producción a dietas equilibradas que disminuyesen la desnutrición y el déficit vitamínico y la consecuente reducción de las capacidades; integrar acciones de higiene en el almacenamiento, distribución y procesado de alimentos; aumentar el control sanitario de productos; introducir nuevas técnicas y tecnologías para el cultivo y otras producciones; y para movilizar a las comunidades en la defensa del derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria.

Entre las que combinaron los dos tipos de acciones tenemos que distinguir, a su vez, según:

- Intervenciones cuyo diseño respondió a un enfoque intersectorial con líneas de acción dirigidas a mejorar el acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria y al derecho al acceso a la salud, (CRE en Montepuez, Prosalus en Boane y Namaacha y Habitáfrica en Matutuine).
- Intervenciones, cuya intersectorialidad con el derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria, responde a una interpretación posterior basada en los resultados. Es decir ejecutaron líneas de acción dirigidas a la mejora del acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria, que a su vez tuvieron implicaciones directas en la mejora del nivel nutricional y en el acceso al derecho a la salud. En este segundo grupo se incluyen las intervenciones de CIC-Batá en Namaacha, Manhiça y Marracuene y de F. Mundukide en Montepuez y Balama.

Respecto a las líneas de acción trabajadas en el ámbito agrario en sentido amplio y su efecto en salud como se indica en la pregunta de evaluación, es importante destacar que estas intervenciones no comprendieron en sus formulaciones indicadores vinculados a salud ni tomaron como líneas de base diagnósticos con el detalle de la situación sanitaria de las comunidades. La mejora o empeoramiento de los indicadores de salud en las comunidades, por tanto, no se pudo atribuir completamente a la acción de las intervenciones de las ONGD analizadas.

Intervenciones con componente de desarrollo agrario y productivo y grado de atribución sobre la mejora en el acceso al derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria.

Las cinco ONGD objeto de este análisis tienen en común en mayor o menor medida, en el diseño de sus intervenciones un conjunto de premisas que sostienen la relación directa entre el acceso al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria y los niveles de desnutrición de una comunidad.

- Potencial para la mejora de la productividad de la agricultura de subsistencia a través de la capacitación de agricultores en un contexto de bajo extensionismo agrario de carácter público. En este contexto las opciones de desarrollo económico también son escasas fuera del ámbito del sector agroproductivo.
- El aumento de ingresos de los TD dedicados a la agricultura puede contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de manera directa, dedicando ingresos a la adquisición de alimentos o indirecta, dedicando parte de la renta obtenida a la provisión de una mejor asistencia sanitaria (pago de medicinas o transportes hacia las US).
- Las acciones de desarrollo agrario con un enfoque de género adecuado que fortalezcan el empoderamiento de la mujer y su acceso a los recursos y a la toma de decisiones puede tener mayores efectos en la mejora de la seguridad alimentaria de las comunidades.

Las intervenciones concentraron de manera significativa sus acciones en la categoría de agricultura y seguridad alimentaria. En este análisis se ha tenido en cuenta el modelo propuesto por el Banco Mundial en 2007. Este modelo plantea que el desarrollo agrario y las actividades vinculadas tienen un impacto evidente en la mejora del acceso a la alimentación y a la reducción de la desnutrición.

4.4. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA DEMANDA Y ACCESO AL DERECHO A LA SALUD CON LA PRESENCIA EN ESPACIOS DE DIÁLOGO NACIONAL

4.4.1. LA SOCIEDAD CIVIL MOZAMBIQUEÑA Y LAS ONGD

En este capítulo se aborda una descripción de las entidades de la sociedad civil con las que trabajaron las ONGD así como el análisis desde el enfoque de creación de capacidades. No obstante además de las Organizaciones Comunitarias de Base (OCB) y de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que se mencionan como parte de las intervenciones, existían otras redes de sociedad civil con las que no se trabajó. Estas no eran muy numerosas, estaban focalizadas en la capital y contaban con poca implantación o contacto real con el nivel provincial o distrital, sin embargo reflejaban el crecimiento de la sociedad civil y de los espacios de diálogo para la incidencia política. Durante los primeros años del periodo analizado adquirieron mayor relevancia algunas organizaciones, como Grupo Mozambiqueño de Deuda (GMD), Forum Mulher

o la Red de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (RDSR), que participaron en los debates con Gobierno y donantes haciendo patente su opinión sobre las políticas de desarrollo.

Descripción de OSC, OCB y grupos de capital humano fortalecidos por las ONGD.

La diversidad de la sociedad civil identificada existente en Mozambique durante el periodo de esta evaluación ha sido amplia. Tal y como se constató en la fase de revisión documental existen diversas clasificaciones que categorizan la amplitud de las entidades con las que se trabajó. Nos centraremos aquí, tal y como exige el objeto de estudio, en la categorización de las asociaciones, entidades socias y actores con las que interactuaron las ONGD. En la mayoría de los casos durante la fase de diseño el código CRS referido a acciones de fortalecimiento de sociedad civil, fue considerado como principal o secundario. En algunos casos en los que no se incluyó ese código CRS, tras el análisis documental se observó que habían realizado acciones enmarcadas en esa categoría.

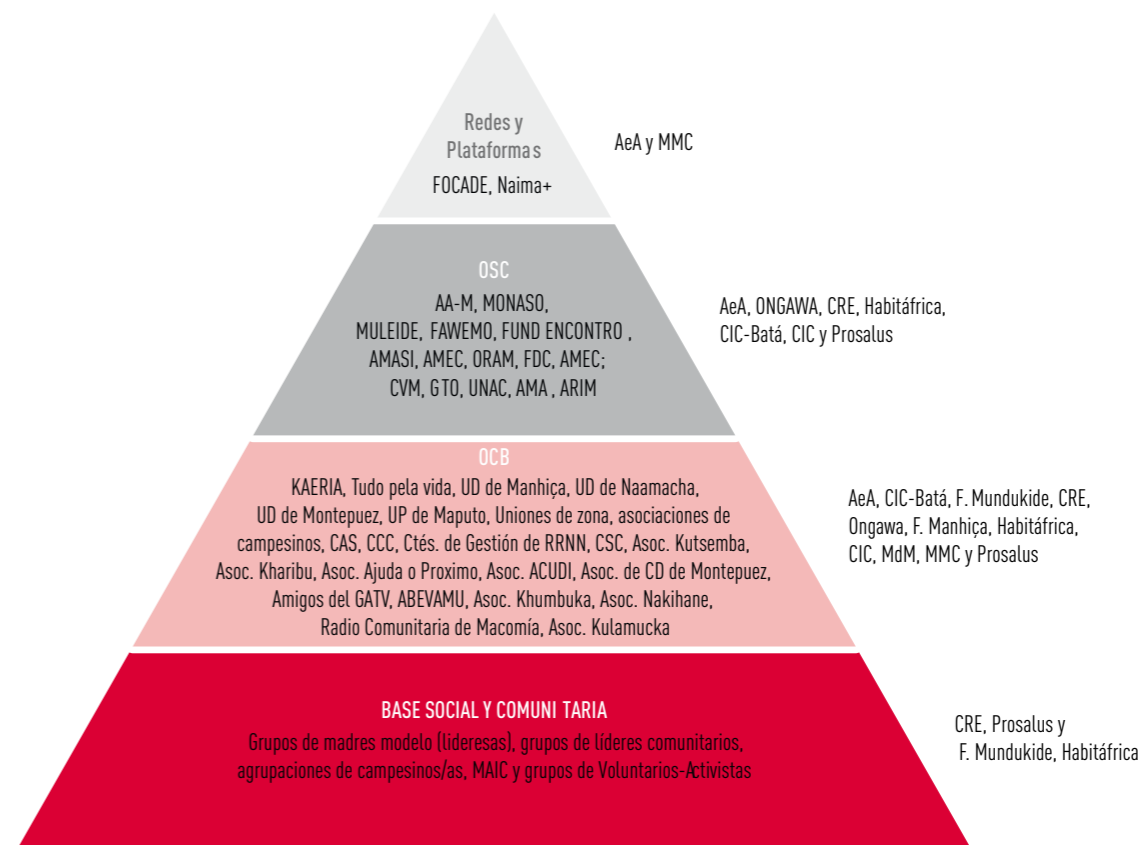
El trabajo de las ONGD se enmarcó en gran medida en las vías reconocidas como claves para el fortalecimiento y la creación de capacidades de entidades sólidas de la sociedad civil: apoyo a organizaciones independientes de base, la colaboración entre entidades locales y externas y la búsqueda de sinergias con el estado, a pesar de la debilidad de este. En esta línea apoyaron por un lado a **OSC** que contaban con autonomía, estructura y trayectoria independiente previa a la intervención y a **OCB**, es decir estructuras pertenecientes al nivel local y con una alta debilidad estructural y organizacional. En algunos casos fueron las mismas ONGD las que dieron lugar a la creación y organización de estas OCB y en otros, la acción de las ONGD supuso un apoyo a estructuras débiles que ya habían iniciado actividades previas a la intervención. También destacamos los grupos de personas dirigidos a crear **capital humano en las comunidades**, promovido por la acción de las ONGD.

Para llevar a cabo el análisis sobre el **fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil** hay que tener en cuenta que existen diferencias considerables dependiendo del sector en el que las ONGD trabajaron.

- ONGD que trabajaron en el sector salud: MdM, MMC, ONGAWA, ASIDH, CIC y la F. Clínic. Fortalecieron principalmente a OCB y grupos de personas en ámbitos como la salud comunitaria y los cuidados domiciliarios.
- ONGD que llevaron a cabo intervenciones con carácter integral: CRE, Prosalus y Habitáfrica. Se apoyó a OSC, a OCB y a grupos de personas involucradas en el desarrollo de capacidades a nivel comunitario (grupos de campesinos/as, madres, voluntarios y activistas).
- ONGD que llevaron a cabo intervenciones de desarrollo agrario y seguridad alimentaria sin incluir acciones que mejoren el acceso al derecho a la salud: F. Mundukide y CIC-Batá. Estas entidades realizaron acciones de creación de capacidades en redes de campesinado, OCB a nivel distrital, grupos de pequeños productores (asociaciones y cooperativas).
- ONGD cuya intervención se centró exclusivamente en el fortalecimiento de sociedad civil: AeA. Su acción se focalizó en la creación de capacidades de OSC que a su vez englobaba redes sectoriales en las que participaban OCB.

En el anexo 4.6 se han recogido todas las entidades donde las intervenciones crearon capacidades, fortalecieron procesos, o bien reforzaron estructuras formales. Se hace una distinción según los niveles en los que se estructura la sociedad civil desde la base (ver gráfico 4). Así encontramos cuatro niveles con los que trabajaron las ONGD en sus intervenciones.

Gráfico 4: Redes, OSC, OCB y ONGD que las apoyan



Fuente: elaboración propia

Esta evaluación ha optado por distinguir dos categorías que responden a las preguntas de evaluación por un lado y aclaran las singularidades de cada modelo de intervención por otro. Consideramos que esta distinción facilita un análisis que permite explicitar connotaciones y estrategias del papel jugado por las ONGD a la hora de mejorar y crear las capacidades de la sociedad civil. A saber:

- ONGD que trabajaron en coordinación con entidades socias estableciendo el apoyo a las **capacidades de estas de manera específica como un objetivo o resultado.**
- ONGD que ejecutaron acciones para crear y fortalecer **capacidades como un medio para alcanzar los objetivos o resultados.**

Ambos casos, tal y como se extrae de la revisión documental y de las entrevistas realizadas a los TO y TD fueron valorados positivamente.

4.4.2. EL FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL COMO UN OBJETIVO O RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN

Las intervenciones de **AeA** y **CIC-Batá** centraron **la mayor parte de su ejecución** en líneas de acción dirigidas a la creación de capacidades. En los casos de las intervenciones de **CRE, Prosalus, MMC y MdM**, estas dirigieron **al menos una de las líneas de acción** de alguna de sus intervenciones al refuerzo y creación de capacidades. Así se consideró el objetivo del fortalecimiento de la sociedad civil como el principal resultado de la intervención, o como el de una línea concreta de acción.

4.4.3. EL FORTALECIMIENTO DE SOCIEDAD CIVIL COMO UN MEDIO PARA ALCANZAR LOS RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES

Las ONGD enmarcadas en esta categoría llevaron a cabo acciones para crear capacidades en las organizaciones socias a la vez que estas contribuían al logro de los objetivos formulados. Es decir se siguió un proceso de construcción de tejido asociativo y de la sociedad civil para alcanzar los resultados de las intervenciones. En este análisis **se identificaron alianzas entre las ONGD, OSC, OCB y grupos de capital humano que crearon capacidades a ambos lados.**

Las ONGD **ONGAWA, CRE, Habitáfrica y CIC-Batá** centraron alguna línea de acción en creación de capacidades dirigidas al logro de los resultados. En los casos de las intervenciones **F. Mundukide y F. Clínic** se identificaron algunas actividades concretas dirigidas a crear capacidades.

4.4.4. EL CASO DE LOS GRUPOS DE ACTIVISTAS Y VOLUNTARIOS

Este colectivo ofreció una particularidad especial dentro de las OSC, OCB y grupos de capital humano en los que se insertaron. **Los grupos de activistas y voluntarios fueron considerados en varias de las intervenciones como la base para la creación de capacidades, la sensibilización y la comunicación a nivel comunitario y frente a los TD con mayores niveles de vulnerabilidad.** Fueron grupos capacitados, apoyados y seguidos por las intervenciones de las ONGD resultando claves en acciones de movilización social para el acceso al agua, de gestión comunitaria de la salud, de identificación de problemáticas en la comunidad o de búsqueda activa de personas viviendo con VIH y prestación de sus cuidados domiciliarios. Destaca además el carácter ejemplar de este colectivo, ya que como se ha extraído el trabajo con grupos de TD, las comunidades, y sus estructuras de poder reconocen a los activistas y voluntarios como figuras clave para el desarrollo de la base social y la concienciación sobre el acceso a sus derechos.

Las ONGD que desarrollaron su acción de manera más integrada en el sistema nacional de salud, como fueron MdM y MMC fortalecieron a la sociedad civil a través de OCB compuestas por activistas en salud. También las intervenciones de Prosalus, CRE y algunas de las OCB contempladas en la intervención de AeA llevó a cabo acciones a través de activistas y voluntarios.

Tras el trabajo de campo realizado y el análisis de las intervenciones se observa que **el rol de los activistas y voluntarios es considerado a menudo como el nexo con la población más vulnerable.** Se considera a esta figura como el vínculo entre los TD y los representantes de las estructuras locales de las aldeas. **La movilización promovida por el trabajo de las ONGD fue considerada como un gran valor en la construcción de ciudadanía y de organización de la base comunitaria.**

4.5. AVANCES EN LA INTEGRACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS INTERVENCIONES DE LAS ONGD

En este capítulo se presenta el análisis de los enfoques y estrategias puestos en marcha en el marco de las intervenciones. Se comienza con los hallazgos obtenidos de la fase de revisión documental, en lo referido a las fases de diseño y formulación para poder observar cómo se integró el enfoque desde un inicio en las intervenciones. Después se describe el uso que ha habido de herramientas

de análisis de género que promoverían la integración adecuada en las intervenciones, para lo cual se identificó como una de las claves el disponer o no de personal experto en este enfoque. Después se presentan los esfuerzos llevados a cabo para la incorporación de indicadores sensibles a género y las estrategias que se pusieron en marcha al respecto. Se continúa con el análisis de la participación de mujeres en las intervenciones y con una descripción de las principales acciones que se llevaron a cabo dentro de este ámbito específico.

El análisis de los documentos de formulación de las intervenciones en el periodo evaluado muestra que los esfuerzos por incorporar la perspectiva de género en las intervenciones y los procesos de transversalización de dicho enfoque mostraron algunos avances en líneas generales con diferente grado de acierto. Los TO y TR, mozambiqueños y españoles coinciden en afirmar que, a pesar de los esfuerzos, sigue siendo un reto pendiente la adecuada incorporación del género en las intervenciones.

Si nos centramos en las fases de diseño y formulación, el análisis documental pone de manifiesto que solo tres organizaciones incluyeron una mención explícita al enfoque de género en la formulación de objetivos generales y/u objetivos específicos. Estas fueron MdM y MMC para sus intervenciones de 2010 y de manera particular AeA. En este caso no es una mención sino que contemplaron la contribución a la erradicación de la lucha contra la violencia de género y la feminización del VIH/Sida y el fortalecimiento de asociaciones de mujeres como un objetivo específico.

Respecto a la incorporación de indicadores sensibles al género la situación encontrada es muy heterogénea entre las intervenciones. Las de ASIDH, CIC-Batá y ONGAWA no utilizaron indicadores sensibles al género en el diseño y no desagregaron los indicadores previstos en sus matrices de formulación. Otro grupo de ONGD, aunque incorporan indicadores sensibles a género, al no contemplar la desagregación por sexo de los mismos tampoco resultó relevante, como es el caso de CIC, F. CLINIC y Prosalus. Las intervenciones de CRE, MMC y MdM incorporaron en sus matrices indicadores sensibles. CRE llevó a cabo una reformulación de la matriz, como se indica más arriba, para la inclusión de indicadores sensibles desagregados por sexo. Ahora bien la revisión de los informes de seguimiento posteriores a esta reformulación muestra que no reportaron según esas modificaciones.

El análisis de los distintos apartados de género de documentos e informes permite rescatar algunos elementos comunes en las intervenciones. En general muestran que existe una tendencia a identificar género con: mujeres, cuestiones relacionadas con las mujeres y actividades en las que participan, considerando a veces que garantizar una participación equitativa en las actividades y en los grupos y comités formados ya supone una integración adecuada. Este es el caso de las intervenciones de CIC (en concreto II-PR1-0678), ASIDH, CIC-Batá, Habitáfrica, ONGAWA y Prosalus.

Según las líneas de actuación implementadas en las intervenciones, se observa que la mayoría de las intervenciones incluyeron acciones dirigidas a mejorar el bienestar de las mujeres en las comunidades.

Como se indicó más arriba el fomento de la participación de las mujeres, principalmente en la fase de implementación, fue un elemento común en la mayor parte de las intervenciones. Las medidas llevadas a cabo para conseguirlo fueron muy diversas y estuvieron enfocadas por un lado a asegurar una participación equilibrada y equitativa¹⁶ en las actividades, como por ejemplo en

¹⁶ Participación equitativa y equilibrada cuando ninguno de los sexos es superior al 30%.

el caso de las formaciones; y por otro lado al incremento de la presencia de mujeres en comités o espacios de gestión comunitaria y toma de decisiones. Se aplicaron **cuotas de paridad** en los Comités de agua y saneamiento de las intervenciones de CRE y ONGAWA, aunque **no se pusieron en práctica medidas para modificar roles tradicionales otorgados a mujeres** como los papeles de tesorera o secretaria. Igual ocurrió en los Comités de Gestión de Recursos Naturales promovidos por Habitáfrica en su intervención del distrito de Mueda, y en los Comités de Salud Comunitaria de MdM en Mueda.

Son **pocas las intervenciones que contemplaron medidas específicas o de acción positiva de mejora de la alfabetización o de capacitación en derechos y nociones de género para mujeres que podrían haber garantizado una participación de calidad.** Es decir, no se identifican en general acciones dirigidas a la creación de capacidades en reducción de la desigualdad que puedan suponer una destacable reducción de la brecha de género.

4.6. PARTICIPACIÓN DEL COLECTIVO META (TD, TO Y TR) COMO ELEMENTO CLAVE EN EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS

En este apartado se presenta el análisis de la participación en las intervenciones según las diferentes fases de estas y detallado por cada uno de los titulares implicados, tal y como se expresa en el Enfoque Basado en Derechos. Se inicia el capítulo con la explicación de si la participación fue contemplada como un medio o como un resultado de las intervenciones. Teniendo en cuenta la relevancia de cómo se ubica en el diseño y formulación, la participación ha sido analizada sobre la premisa de si fue utilizada para alcanzar los resultados previstos o bien si fue en si misma uno de estos. En ambos casos se detalla un análisis concreto haciendo mención a los puntos en común y a los elementos diferenciadores. La participación tiene mucha relación con el modelo de ejecución planteado por las ONGD y con el tipo de titulares implicados. Por ello se continua con una descripción detallada de titulares de derechos (TD), de titulares de responsabilidades (TR) y de titulares de obligaciones (TO) y de una clasificación de las diferentes modalidades de ejecución.

4.6.1. LA PARTICIPACIÓN COMO UN PROCESO O UN RESULTADO

De cada modelo de intervención, y a la luz de la revisión documental y de las entrevistas llevadas a cabo, se puede inferir si la participación fue considerada un proceso o un resultado. No obstante la calificación en una de estas dos categorías supone una simplificación de modelos teniendo en cuenta que las intervenciones no se comportaron de la misma manera durante el periodo de evaluación en relación a este apartado.

La participación como proceso.

Esta se entendió como una clave identificada desde el diseño de la formulación, sin la cual no era posible alcanzar los resultados. Se trató por lo tanto de una elección metodológica dirigida a aumentar la eficacia y la eficiencia de la intervención haciendo que la implicación de los titulares resultase esencial para el cumplimiento de los objetivos. La participación se alcanzó a través de actividades concretas, con la integración de entidades que promovían la participación orientada a resultados y con la creación de espacios para la gestión comunitaria, como Comités de Agua y Saneamiento para la gestión de fuentes de agua en las intervenciones de CRE o de ONGAWA,

el Consejo Consultivo Comunitario en la intervención de F. Clínic diseñado para informar sobre las actividades, entre otras medidas.

Algunas intervenciones de salud de largo recorrido como las de MdM o MMC17, promovieron la participación desde un inicio aumentando la intensidad una vez que la entidad se estableció en los distritos con más solidez. Intervenciones de carácter integral como las de CRE en su intervención de Cabo Delgado o la de Prosalus en los distritos de Boane y Namaacha de Maputo crearon capacidades para la participación en los TR que fueron socios naturales. En el caso de Prosalus la intervención se enmarcó en el trabajo de una institución asentada en la zona desde 1991 lo que hizo posible la consolidación y creación de espacios para la participación.

La participación como resultado.

Esta se definió en la formulación de las intervenciones como uno de sus resultados y en esa dirección aparecen una o varias de las líneas de acción ejecutadas. **Se contempló la participación como un derecho a alcanzar, con la presencia de titulares en determinados espacios de toma de decisiones y con acciones de incidencia política y reivindicación de mejores condiciones de vida.** En este modo de plantear la participación se infiere un empoderamiento mayor del titular, es decir, se persigue la participación por un lado para mejorar la posición de los titulares, y por otro para activar las capacidades instaladas que pueden o no haber sido fortalecidas por la intervención. La participación así considerada queda más abierta que en la categoría anterior, ya que el objetivo al que se dirige no se incluye siempre en las formulaciones.

En resumen, las intervenciones de AeA, CIC-Batá, MdM, MMC en el Convenio 2010, y Habitáfrica en la línea de actuación en distrito de Mueda, plantearon la participación en sus intervenciones como un resultado.

4.6.2. TIPOS DE EJECUCIÓN SEGÚN LAS ONGD PARA PODER ANALIZAR LOS GRADOS DE PARTICIPACIÓN

Para conocer cómo fue la participación desde cada uno de los titulares es relevante explicitar cuales fueron los tipos de ejecución que las ONGD desarrollaron. Según el papel asignado a cada uno de los titulares en la formulación de las intervenciones, la participación no solo varió en su intensidad y grado de institucionalización sino que también fue promovida en diferente grado desde la ejecución.

Los tipos de ejecución llevados a cabo por las ONGD durante el periodo evaluado fueron tres:

- **Ejecución directa.** La ONGD identificó, formuló, ejecutó e hizo seguimiento de las líneas de acción apoyándose para la contratación de personal y organización de actividades en uno o varios TR, el caso de F. Mundukide.
- **Ejecución indirecta a través de un TR.** La ONGD identificó y formuló junto al TR (socio principal) y este ejecutó, hizo seguimiento técnico y económico, y presentó resultados a la ONGD; el caso de AeA, CRE, Prosalus, CIC-Batá, F. Clínic y Habitáfrica (convenio 2006).

17 MdM inició acciones en Mozambique en el año 2000, MMC en 1994 y ASIDH en 1999. El proceso participativo también puede variar desde los titulares; es decir, como ocurre en el caso de MMC, este proceso comenzó a darse con más intensidad en los TD y TR y a lo largo de su prolongada presencia en la zona se trasladó la participación más activa hacia los TO, obedeciendo a un modelo de co-ejecución como se indica más arriba.

- **Co-ejecución a través de un TO o un TR.** La ONGD junto con un TO identificó, formuló, ejecutó, hizo seguimiento técnico y económico y presentó resultados; han escogido este modelo, MMC, MdM, CIC, ASIDH, ONGAWA y Habitáfrica-Mueda)¹⁸.

Estos tipos de ejecución no son exclusivos de cada ONGD y en varios casos se dio una combinación de ellos, dependiendo de cuales TR o TO fueron los socios y la relación con estos.

4.6.3. ANÁLISIS DESDE LOS TITULARES DE DERECHOS, DE RESPONSABILIDADES Y DE OBLIGACIONES

Con la información recogida durante todo el proceso evaluativo de todas las ONGD se ha hecho un gráfico que representa el modelo implementado por cada una de ellas.

En función de si todos los titulares están implicados en el proceso participativo, y en función de su papel y grado de compromiso, tanto la calidad de la participación obtenida como sus niveles de inclusión y su capacidad para empoderar variaron mucho. Las variables para analizar la participación han sido: **intensidad o calidad y grado de institucionalización** de esta.

Desde la participación de los titulares de derechos

Durante el periodo analizado existieron mecanismos institucionalizados para canalizar la participación de los TD en las diferentes fases de las intervenciones de CRE, ONGAWA, CIC-Batá, Habitáfrica, Prosalus, MdM y F. Clínic. Algunos fueron instituidos previamente como los Comités de Agua y Saneamiento (ONGAWA y CRE), y los Comités de Salud Comunitaria en el caso de la intervención de MdM en el Distrito de Mueda (2010), que ya estaban enmarcados en la normativa nacional¹⁹. Las ONGD conformaron, crearon y apoyaron estos espacios como una parte de su intervención, que ya estaban dentro del organigrama de los servicios distritales aunque no estuviesen en funcionamiento. Estas tres ONGD promovieron así espacios ad hoc para TD, acorde con las estrategias locales²⁰.

También existieron espacios destinados a la participación de TD creados en el marco de la entidad socia con el fin de mejorar la calidad y la presencia de estos titulares en las distintas fases de la intervención. Fueron los casos de las asambleas comunitarias establecidas por CIC-Batá en su co-ejecución con UNAC y, con diferente nivel de intensidad, el Consejo Consultivo Comunitario contemplado en la intervención de la F. Clínic y dirigidos por el CISM en el distrito de Manhiça. En este caso, tras las entrevistas llevadas a cabo se considera que estos comités alcanzaron el nivel dos (consulta)de participación.

Los TD en general tuvieron un bajo nivel de participación en la fase de evaluación en todas las intervenciones. Durante la evaluación tanto intermedias como finales se percibe un nivel de participación vinculado principalmente a niveles de información y consulta. Incluso en los casos en los que hubo un alto nivel en las fases de identificación a través de herramientas como el Diagnóstico Rural Participativo, la intensidad / calidad de la participación en evaluación fue baja. En ocasiones se ha percibido un **escaso conocimiento de los resultados de las evaluaciones por parte de los TD**, lo que se puede deber a una falta de acciones de difusión socialización, o estrategias de salida y transferencia ordenadas y planificadas.

Desde la participación de los titulares de responsabilidades

¹⁸ En todos los casos la fase de evaluación se dirigió desde la ONGD y fue elaborada por una entidad externa.

¹⁹ Ley 16/91 de Aguas, de 3 de Agosto de 1991, y Política Nacional de Agua y Estrategia Nacional de Gestión de Recursos Hídricos, por Resolución 46/2007 aprobada por Consejo de Ministros.

²⁰ El convenio IO-COI-022 tenía como Resultado 1 del OE I: "Mejorada la participación de la SC en la planificación, evaluación y diseño de estrategias del sistema de APS del distrito integrando la intervención en grupos vulnerables y la perspectiva de género.

Sobre la participación de TR en las distintas fases de las intervenciones hay que hacer una distinción previa. Por un lado participaron **TR como socios principales;** y por otro los **TR como socios secundarios,** tal y como se expone en el capítulo referido al fortalecimiento de Sociedad Civil. En todas las intervenciones se identifican por un lado **TR como socios principales:** entidades homólogas de las ONGD (Fundación Encuentro, Ayuda en Acción-Mozambique, CVM) y OSC nacionales (UNAC y FDC). A través de un modelo de ejecución indirecta estas ejercieron de responsables de la intervención. Y por otro encontramos **TR como socios secundarios:** OSC y OCB (uniones provinciales y distritales de UNAC, Grupo de Teatro del Oprimido, AMEC, ORAM y las entidades agrupadas en FOCODE, o Wiwanana), instituciones de formación (Centro de Formación de Personal Sanitario de Pemba y de Mocimboa, el ISCISA y la F. Manhiça²¹) y OCB (ACODEMU, Kharibu, Khumbuka y la Asociación de Cuidados Domiciliarios de Montepuez²²). En este caso desempeñaron líneas de acción específicas o se responsabilizaron de una parte de las intervenciones.

Si bien esta participación de los TR alcanzó cotas deseables de intensidad, hay que destacar que este nivel de delegación pudo derivar en un excesivo alejamiento por parte de la ONGD del desarrollo de la intervención, de los aprendizajes extraídos de la ejecución y del día a día de las actividades. Las consecuencias de esto fueron desconocimiento por parte de la ONGD, pérdida de oportunidad para mejorar la calidad de las intervenciones y falta de complementariedad con otras intervenciones.

Desde la participación de los TO.

Los niveles de participación de los TO estuvieron en el rango de “participación colaborativa”, en las intervenciones donde fueron considerados “colectivos diana” o principales receptores de una o varias líneas de acción. La participación de TO en todas las fases fue heterogénea en general. Algunas ONGD llevaron a cabo acciones enmarcadas en documentos de planificación ya elaborados por parte del TO. En estos casos no hubo un proceso participativo, sino una “inclusión” en lo planificado, dándose una participación de nivel informativo y de consulta por parte de los TO. Teniendo en cuenta el tipo de co-ejecución de algunas de estas intervenciones las ONGD implicadas consideraron ese proceso como suficiente.

La participación de los TO en las fases de formulación y seguimiento tuvo el carácter de continua, y en muchas ocasiones alcanzando la institucionalización orgánica. Esto fue debido, en parte a la obligatoriedad como administración pública de responder a plazos y programaciones establecidas de carácter provincial y nacional²³. En este sentido destacó la intervención de MMC cuyos resultados esperados contemplaban la creación y mejora de capacidades de planificación y gestión de la DPS de Cabo Delgado, como uno de los TO principales. La acción se llevó a cabo a través de un modelo de co-ejecución alcanzando el nivel de la asociación en las fases de identificación, implementación y seguimiento y descendiendo en las de toma de decisiones y evaluación. En esta tendencia se incluye a MdM cuya acción de creación de capacidades estuvo más dirigida a TO de nivel distrital (Servicio Distrital de salud, mujer y acción social-SDSMAS y personal sanitario), con quien se diseñaron espacios de participación de carácter colaborativo y de asociación.

²¹ Si bien la Fundación Manhiça responde a un perfil particular de socio con carácter indirecto debido a su naturaleza de entidad hispano-mozambiqueña, se ha optado por incluirlo en esta categoría para poder analizar su participación en el ámbito de la intervención de F. Clínic.

²² Estas entidades, compuestas por activistas, personal formado y PVIH en muchos casos, se han incluido en la categoría de Grupos de Capital Humano. Juegan un doble papel por ubicarse como agrupaciones de TD que una vez empoderados y formados pasan a ser considerados en el grupo de TR. Se ha optado por incluirlos en esta parte del análisis ya que sus funciones estuvieron muy vinculadas a la participación y a su vez supusieron espacios relevantes de comunicación, toma de decisiones y posicionamientos respecto a las intervenciones mismas.

²³ Planes y balances del PESOD, informes anuales para la evaluación del desempeño de las ONGD a nivel DPS, escenario fiscal de medio plazo, balances a nivel provincial exigidos por el Ministerio de Planificación y Finanzas.

5. CONCLUSIONES

5.1. SOBRE ALINEAMIENTO CON LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DEL MISAU DE APLICACIÓN NACIONAL Y ESTRATEGIAS PROVINCIALES, Y FORTALECIMIENTO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD

C.1. Las ONGD hicieron un esfuerzo considerable por integrar la planificación de las intervenciones en las programaciones del nivel distrital y provincial de los titulares de obligaciones del sector salud, llegando incluso a contribuir al cumplimiento de esta planificación a través del apoyo presupuestario.

C.2. Las ONGD lideraron durante el periodo analizado procesos ejemplares de planificación provincial en Cabo Delgado y tomados en cuenta en el nivel nacional como lecciones aprendidas para replicar en otras zonas del país.

C.3. Niveles muy altos de alineamiento e integración conjunta de la planificación de los titulares de obligaciones y de las intervenciones de las ONGD han derivado hacia un papel excesivo de estas como implementadoras de la política sanitaria, en un contexto de debilidad de la administración de salud.

C.4. La larga trayectoria y solidez de las ONGD en la provincia de Cabo Delgado las dotó de legitimidad como socios prioritarios para los titulares de obligaciones en el desarrollo e implementación de mejoras en el sistema nacional de salud.

C.5. Las intervenciones de las ONGD han contribuido al fortalecimiento de los cinco pilares del sistema nacional de salud aunque de manera dispar.

C.6. El apoyo llevado a cabo por las ONGD en el ámbito de la investigación respaldó con evidencia científica y técnica modificaciones en la política sanitaria y la inserción de nuevas vacunas en el calendario nacional.

C.7. La formación de recursos humanos supuso uno de los ejes más relevantes en las intervenciones y mejor valorados por los titulares de obligaciones a nivel nacional, provincial y distrital considerándose como el proceso con mayores efectos para la instalación de las capacidades y mejoras en la prestación de servicios.

C.8. Los recursos humanos formados de nivel superior supusieron un claro avance sobre la disponibilidad de personal especialista y sobre la capacidad del sistema para responder a las demandas de los titulares de derechos.

C.9. No se establecieron medidas concretas en el marco de las intervenciones para promover la sostenibilidad de las acciones de formación continua y de formación en servicio en los programas de formación de recursos humanos de los SDSMAS ni de la Dirección Provincial de Salud. La dependencia de financiación externa para estos dos elementos clave del éxito de la formación del nivel rural es total a día de hoy.

C.10. Las actuaciones en infraestructuras realizadas en el marco de las intervenciones de las ONGD han contribuido al aumento de la cobertura sanitaria en la provincia de Maputo y Cabo Delgado lo que supone una mejora considerable en el acceso al sistema nacional de salud.

C.11. Existe aún mucho margen de mejora en cuanto a las capacidades del sistema para el mantenimiento de las infraestructuras y de los equipamientos.

C.12. Las ONGD no fortalecieron capacidades en procedimientos de compras, adquisiciones, licitaciones ni contratación pública en titulares de obligaciones con las intervenciones que contemplaron la dotación de equipos o la construcción de infraestructuras del sistema nacional de salud.

C.13. Las intervenciones en salud contribuyeron al aumento de la cobertura en atención primaria de salud y a la mejora de la calidad de prestación de los servicios en la provincia de Maputo y con mayor incidencia en Cabo Delgado.

C.14. Las intervenciones de las ONGD supusieron un contrapeso muy valorado en el pilar de la prestación de servicios respecto a los programas verticales y especializados.

C.15. La prestación de servicios de salud a través de programas de salud comunitaria, de atención primaria de salud y de cuidados domiciliarios fue uno de los valores añadidos destacados de la labor de las ONGD.

C.16. La creación de alianzas estratégicas con los titulares de obligaciones y el logro de compromisos requería mantener niveles de interlocución constante a través de equipos estables y sólidos en terreno. En la mayoría de las intervenciones se mantuvo este nivel de interlocución pero se han perdido oportunidades importantes para poder incidir en ciertos ámbitos clave de la salud.

5.2. SOBRE ARMONIZACIÓN, COMPLEMENTARIEDAD Y SINERGIAS DE LAS ONGD CON OTROS DONANTES, INCLUIDAS OTRAS ORGANIZACIONES, EN ESPECIAL EN SALUD, PERO TAMBIÉN EN SOCIEDAD CIVIL; Y GRADO DE ENFOQUE INTERSECTORIAL EN LAS INTERVENCIONES

C.17. El papel de las ONGD jugado en los espacios de diálogo del sector salud a nivel nacional y provincial fue activo en líneas generales, alcanzando en algunos casos niveles muy reconocidos de liderazgo.

C.18. La concentración de ONGD en una provincia y los espacios de coordinación y diálogo de la administración sanitaria y de la Cooperación Española favorecieron un cierto nivel de colaboración y de intercambio de información pero no alcanzaron las sinergias²⁴ esperadas.

C.19. El aprovechamiento de la experiencia y el conocimiento de las intervenciones entre las ONGD aumentó las posibilidades de mejorar los resultados y promover la complementariedad.

²⁴ Para esta evaluación hemos considerado el concepto de sinergia, al que se hace mención en la pregunta de evaluación prevista, como la acción de dos o más causas que generan un efecto superior al que se conseguiría con la suma de los efectos individuales

C.20. Oportunidades perdidas a nivel nacional en la generación de sinergias entre el apoyo de la Cooperación Española al SWAP, al PROSAUDE y ONGD del sector salud.

C.21. En las intervenciones con carácter multisectorial analizadas se dan ciertos elementos que conforme a los modelos teóricos consultados Scaling Up Nutrition y el del Banco Mundial 2007, tuvieron más posibilidades de generar procesos con mayores potencialidades para influir en la mejora de la desnutrición y por ende en la salud como son la combinación de líneas de acción específicas junto con líneas de acción sensibles, y el empoderamiento de la mujer.

C.22. Se identifica una escasa capacidad instalada en la administración pública a nivel provincial ni distrital para responder como **titulares de obligaciones** en el ámbito de la desnutrición y la seguridad alimentaria a las intervenciones de las ONGD.

5.3. SOBRE FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL Y PARTICIPACIÓN DE LAS ONGD, SUS ORGANIZACIONES SOCIALES EN EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS A NIVEL NACIONAL Y PROVINCIAL

C.23. Las intervenciones de ONGD crearon y fortalecieron a las estructuras de la sociedad civil en los diferentes niveles analizados (redes y plataformas, OSC, OCB y grupos de capital social).

C.24. En Cabo Delgado se fortaleció a las Organizaciones de la Sociedad Civil en sus capacidades para el diálogo y la interlocución con la administración.

C.25. El respaldo obtenido por las entidades de nueva creación en el marco de las intervenciones hizo posible la participación comunitaria organizada en espacios de gestión de servicios públicos.

C.26. La creación de capacidades de la sociedad civil hecha desde las ONGD fue considerada indistintamente en las intervenciones como un medio y como un fin para aumentar el acceso al derecho a la salud.

C.27. El modelo de ejecución de la ONGD y el papel asignado al titular de responsabilidades y socio principal condicionó la creación de capacidades en estos titulares.

C.28. Los procesos de fortalecimiento de los titulares de responsabilidades en la mayoría de los casos no respondieron a diagnósticos de capacidades elaborados y diseñados con objetivos y medidas claras.

C.29. En las asociaciones de cuidados domiciliarios y de apoyo a personas con VIH/SIDA se generaron capacidades para ser sostenibles en la prestación de determinados servicios.

C.30. La estrategia de apoyo a los Comités de Salud Comunitaria de Salud del sistema nacional de salud por parte de algunas ONGD como mecanismos para canalizar y fortalecer la participación y el acceso al derecho a la salud por parte de los **titulares de derechos** fue muy pertinente para el contexto rural en el que se dieron.

C.31. La combinación de la creación de capacidades dirigidas a contenidos técnicos junto a contenidos de gestión, recursos humanos o finanzas, tuvo un efecto positivo para aumentar las vías para la sostenibilidad de las Organizaciones de la Sociedad Civil.

C.32. Las capacitaciones en asociativismo y liderazgo comunitario fueron uno de los valores añadidos de las intervenciones de las ONGD para que las comunidades mejorasen el acceso a la salud.

5.4. SOBRE AVANCES EN LA INTEGRACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS INTERVENCIONES DE LAS ONGD

C.33. Se dieron avances puntuales en la transversalización del enfoque de género, pero continúa siendo un reto pendiente su integración efectiva en las intervenciones de salud y de desarrollo agrario.

C.34. El diseño de indicadores, diagnósticos y procesos de identificación con enfoque de género ad hoc no se llevó a cabo de la manera más efectiva durante el periodo evaluado.

C.35. La incorporación de personal especialista y con experiencia en género y la inclusión de organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres en las intervenciones fueron estrategias eficaces para la transversalización eficaz del enfoque de género.

C.36. Se han llevado a cabo importantes esfuerzos para promover una participación igualitaria de las mujeres en términos cuantitativos sin abordar suficientemente la calidad de esa participación y las consecuencias sobre dichas mujeres.

C.37. La divulgación de información sobre aspectos de género vinculados al sector de la intervención y a sus especificidades fue más efectiva que la formación en conceptos generales y las acciones de sensibilización masivas.

C.38. El conocimiento y experiencia en estrategias de lucha contra la violencia de género por parte de algunas ONGD fue un valor añadido muy valorado por los **titulares de obligaciones** y acordes con los esfuerzos a nivel legislativos que se llevaron a cabo en el país.

C.39. No hubo suficientes procesos de sistematización sobre los esfuerzos hechos en la transversalización del enfoque de género por parte de las ONGD ni de los resultados alcanzados.

C.40. AECID tuvo un rol fundamental en aquellas intervenciones que llevaron a cabo avances hacia la transversalización del enfoque de género en sus intervenciones.

5.5. SOBRE PARTICIPACIÓN DE LOS COLECTIVOS META (TD, TO Y TR) COMO ELEMENTO CLAVE EN EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS

C.41. El nivel de la participación alcanzado, tanto en la intensidad como en el grado de institucionalización no dependió de si la intervención contemplaba dicha participación como un proceso o como un resultado de la misma.

C.42. El modelo de ejecución directa con los titulares de derechos no ha facilitado niveles superiores de participación de estos.

C.43. El nivel de la participación de los titulares de derechos, y en algunos casos el de los titulares de obligaciones, es mayor cuando se contempla dentro de líneas de acción o intervenciones dirigidas a resultados tangibles.

C.44. Los titulares de responsabilidades ejercieron más nivel de participación en la ejecución de las líneas de acción en la que estuvieron implicados, que en la toma de decisiones y en el seguimiento de la intervención.

C.45. Las intervenciones de ONGD del sector salud exclusivamente dirigidas a crear capacidades en titulares de obligaciones y titulares de responsabilidades no contemplaron la inclusión de espacios de participación conjunta con los titulares de derechos.

C.46. La institucionalización y niveles altos de intensidad de participación de los titulares de obligaciones fueron posibles gracias a una presencia continua y estable del personal de la ONGD en el terreno.

C.47. Los titulares de obligaciones ejercen niveles de participación de asociación o delegación solo cuando son considerados en la intervención el colectivo diana principal.

C.48. La participación de los distintos titulares en general en la fase de evaluación de las intervenciones solo alcanzó niveles de información y consulta.

C.49. El mecanismo del Comité de Seguimiento con participación de titulares de derechos, titulares de responsabilidades y titulares de obligaciones promovió niveles de participación adecuados y supuso la apropiación de la intervención por parte de estos.

6. RECOMENDACIONES

6.1. SOBRE ALINEAMIENTO CON LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DEL MISAU DE APLICACIÓN NACIONAL Y FORTALECIMIENTO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD

R.1. Diseñar procesos de alineamiento con los titulares de obligaciones que ofrezcan un valor añadido a la calidad de las dinámicas y herramientas propias de estos.

R.2. Fortalecer líneas de incidencia política en la formulación de las intervenciones dirigidas al fortalecimiento del sistema nacional de salud.

R.3. Continuar con las líneas de apoyo a la formación de recursos humanos, focalizándose en la formación inicial de nivel medio o superior; al mismo tiempo se deben plantear acciones de generación de capacidades e incidencia para que los titulares de obligaciones asuman y dediquen recursos a programas de formación continua y en servicio.

R.4. Promover y consolidar la cultura del mantenimiento y la conservación de las infraestructuras e instalaciones del SNS, priorizándolo sobre iniciativas de nuevas construcciones.

R.5. Aprovechar las oportunidades que brindan las líneas de acción de las intervenciones para fortalecer y aumentar las capacidades de los titulares de obligaciones en gestión y administración, eficacia de los procedimientos y de los procesos de licitación, compras y contratación pública.

R.6. Promover y aumentar las líneas de acción dirigidas a fortalecer y hacer efectiva la Estrategia Nacional de Salud Comunitaria de MISAU.

6.2. SOBRE ARMONIZACIÓN, COMPLEMENTARIEDAD Y SINERGIAS DE LAS ONGD CON OTROS DONANTES, INCLUIDAS OTRAS ORGANIZACIONES, EN ESPECIAL EN SALUD, PERO TAMBIÉN EN SOCIEDAD CIVIL; Y GRADO DE ENFOQUE INTERSECTORIAL EN LAS INTERVENCIONES

R.7. Establecer espacios ad hoc de diálogo e intercambio de información entre la OTC y las ONGD del sector salud para fortalecer la posición de la cooperación española en el diálogo de políticas de salud a nivel nacional.

R.8. Continuar con la presencia activa y dinámica en los espacios de diálogo y coordinación tanto de la administración como propios de las ONGD y trasladarla a otros sectores de actuación.

R.9. Aumentar los esfuerzos y recursos destinados al acompañamiento y seguimiento de las líneas de acción de intervenciones con posibilidades de generación de sinergias tanto en Maputo como en Cabo Delgado.

R.10. Abordar de manera integral la reducción de la desnutrición bien con intervenciones multisectoriales, bien mediante la complementariedad entre las intervenciones aprovechando el conocimiento y la experiencia acumulada de las ONGD.

R.11. Focalizar y concentrar las líneas de acción de las intervenciones que contemplen como resultado la reducción de la desnutrición en las mismas comunidades y/o grupos identificables de **titulares de derechos**.

R.12. Incluir líneas de acción concretas de fortalecimiento de sociedad civil (titulares de responsabilidades) y de fortalecimiento institucional (titulares de obligaciones) del sector en las intervenciones focalizadas en el desarrollo agrario y el aumento de la producción.

6.3. SOBRE FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL Y PARTICIPACIÓN DE LAS ONGD ESPAÑOLAS Y SUS ORGANIZACIONES SOCIAS EN EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS A NIVEL NACIONAL Y PROVINCIAL

R.13. Continuar con la participación en plataformas que ya se están apoyando y promover la dinamización de una específica de organizaciones nacionales en el sector salud.

R.14. Incluir en las intervenciones como socios a Organizaciones Comunitaria de base y Organizaciones de la Sociedad Civil en cuyos objetivos se contemple la monitoria y la incidencia para la mejora de la gestión pública de políticas de salud.

R.15. Realizar diagnósticos de capacidades de las Organizaciones Comunitaria de base y Organizaciones de la Sociedad Civil que serán socias de las intervenciones para incidir en el fortalecimiento adecuado de estas.

R.16. Contemplar acciones de incidencia política dirigidas a los titulares de obligaciones para la dinamización y aumento de la efectividad de espacios como los Foros Locales y los Observatorios de Desarrollo.

R.17. Seguir apoyando a los Comités de Salud Comunitaria y a las Asociaciones de Cuidados Domiciliarios de personas viviendo con el VIH y reforzar su papel como interlocutores con los titulares de obligaciones.

6.4. SOBRE AVANCES EN LA INTEGRACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS INTERVENCIONES DE LAS ONGD

R.18. Incluir en las intervenciones de las ONGD acciones para iniciar o reforzar procesos de creación de capacidades en materia de género en los **titulares de derechos**, titulares de obligaciones y titulares de responsabilidades implicados.

R.19. Elaborar diagnósticos específicos y líneas de base con enfoque de género vinculados en concreto al sector de actuación y a las líneas de acción particulares de las intervenciones.

R.20. Mantener el rol proactivo y reforzar el seguimiento efectivo de la transversalización del enfoque de género en las intervenciones a nivel de terreno.

R.21. Incorporar estrategias de desarrollo de nuevas masculinidades como parte de la transversalización del enfoque de género.

R.22. Continuar reforzando el apoyo de las intervenciones a líneas de acción vinculadas a la lucha contra la Violencia de Género.

R.23. Garantizar la participación de mujeres en las actividades puestas en marcha por las intervenciones, midiendo el proceso en términos cuantitativos y cualitativos, para evitar un incremento de las desigualdades.

6.5. SOBRE PARTICIPACIÓN DE LOS COLECTIVOS META (TD, TO Y TR) COMO ELEMENTO CLAVE EN EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS

R.24. Continuar con intervenciones que responden a estrategias de más largo plazo que el marco temporal de un proyecto o convenio.

R.25. Son necesarias estrategias de participación ad hoc por tipo de titular y fase de la intervención.

R.26. Tomar medidas para promover y garantizar niveles mayores de participación que el de información y consulta de los **titulares de derechos**, titulares de obligaciones y TR implicados en la fase de evaluación de las intervenciones como instrumento de mejora continua.

R.27. Incluir en las intervenciones medidas destinadas a la creación de capacidades dirigidas a promover una participación constructiva y con capacidad de análisis por parte de los **titulares de derechos**.

R.28. Conformar en el marco de las intervenciones de las ONGD Comités de Seguimiento en terreno como espacios de confluencia y diálogo conjunto para **titulares de derechos**, titulares de obligaciones y titulares de responsabilidades.

R.29. Promover niveles más altos de participación de los **titulares de derechos** en las intervenciones de creación de capacidades y fortalecimiento de los titulares de obligaciones más allá de su rol de usuarios de los servicios.



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



Cooperación
Española

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

AVALIAÇÃO EXTERNA DAS INTERVENÇÕES DAS ONG EM SAÚDE EM MOÇAMBIQUE FINANCIADAS PELA AECID ENTRE 2006-2012

Relatório de síntese



Edição

Junho 2017

Fotografia portada

Miguel Lizana

Desenho original e maquetação

Comunicación AECID

NIPO papel

502-17-027-X

NIPO em línea

502-17-028-5

Depósito Lega

M-15751-2017

Catálogo geral de publicações oficiais da
Administração Geral do Estado
<https://publicacionesoficiales.boe.es>

Periferia Consultoria Social

Equipa de avaliação

Fco. Javier Maroto Ramos
M^a Dolores Ochoa Rodríguez
Soledad Vieitez Cerdeño
Antonio Vargas Brizuela

Domingo Baptista Macías (consultor local)

Sergio Paquete (consultor local)

Controlo de qualidade

Jorge Salamanca Rubio

As opiniões e posições manifestadas neste relatório não refletem, necessariamente, as de AECID.

Autoriza-se a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio ou procedimento, conhecido ou por conhecer, incluindo o tratamento informático e a reprografia, desde que sejam citados adequadamente os titulares do Copyright e a fonte.

Para qualquer comunicação relacionada com esta publicação, dirijam-se a:

Departamento de ONGD

Dirección de Cooperación Multilateral
Horizontal y Financiera
(AECID)

Avd. Reyes Católicos, nº4
28040 Madrid

Convocatorias_ongd@aecid.es

ÍNDICE

Conteúdo:

Siglas e acrónimos	06	
Introdução	09	
1. Justificação e objectivo	10	
2. Objecto a avaliar	11	
2.1. Intervenções objecto de avaliação: seleção, alcance temporal e geográfico.....	11	
3. Metodologia	14	
3.1. Gestão da avaliação	14	
3.2. Fases, tempos e produtos.....	14	
3.3. Matriz de avaliação, quadro de análise e perguntas	14	
3.4. Plano de análise, técnicas e ferramentas.....	15	
3.5. Condicionantes e limitantes no estudo.....	15	
4. Análise	17	
4.1. Contexto, hitos e condições: linha de tempo de 2006 – 2012.....	17	
4.2. Fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde	17	
4.3. Harmonização e sinergias das ONG: Grau de enfoque de intersectorialidade e de SeTP e valor acrescentado das intervenções que incluíram o acesso ao direito à alimentação e à segurança alimentar.....	28	
4.4. Fortalecimento de capacidades da sociedade civil na demanda e acesso ao direito à saúde com presença em espaços de diálogo nacional.....	35	
4.5. Avanços na integração do enfoque de género nas intervenções das ONG	38	
4.6. Participação do coletivo meta (TD, TO e TR) como elemento chave no Enfoque baseado em Direitos.....	40	
5. Conclusões	44	
5.1. Sobre o alinhamento com as políticas e estratégias do MISAU de aplicação nacional e estratégias provinciais, e fortalecimento das instituições públicas do sector saúde.	44	
5.2. Sobre harmonização, complementariedade e sinergia das ONG com outros doadores, incluídas outras organizações, em especial em saúde pero também em sociedade civil; e grau do Enfoque Intersectorial nas intervenções.	45	
5.3. Sobre Fortalecimento da Sociedade Civil e participação das ONG, suas organizações parceiras no diálogo de políticas a nível nacional e provincial.	46	
5.4. Sobre avanços na integração do Enfoque de Género nas intervenções das ONG.....	47	
5.5. Sobre participação dos coletivos meta (TD, TO e TR) como elemento chave no Enfoque Baseado em Direitos.....	47	
6. Recomendações	49	
6.1. Sobre alinhamento com as políticas e estratégias do MISAU de aplicação nacional e fortalecimento das instituições públicas do sector saúde.....	49	
6.2. Sobre harmonização, complementariedade e sinergias das ONG com outros doadores, incluídas outras organizações, em especial de saúde, mas também na sociedade civil, e grau de enfoque intersectorial nas intervenções.....	49	
6.3. Sobre fortalecimento da sociedade civil e participação das ONG espanholas e as suas organizações parceiras no dialogo de políticas a nível nacional e provincial.....	50	
6.4. Sobre avanços na integração do Enfoque de Género nas intervenções das ONG....	50	
6.5. Sobre participação dos coletivos meta (TD, TO e TR) como elemento chave no Enfoque Baseado em Direitos.....	51	

Siglas y acrónimos

ACCD	Agência Catalã de Cooperação para o Desenvolvimento
ACODEMU	Associação Comunitária para o Desenvolvimento da Mulher
AeA	Ajuda em Ação
AAM	Action Aid Mozambique
AECID	Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
AEXCID	Agência Extremenha de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
AFD	Agência Francesa de Desenvolvimento
AJPJ	Associação Jovem para Jovem
AMA	Associação do Meio Ambiente
AMASI	Associação de Educadores de Consumidores de Água
AMEC	Associação Moçambicana de Educação Comunitária
AMETRAMO	Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique
AOD	Ajuda Oficial para o Desenvolvimento
APS	Atenção Primaria em Saúde
ASIDH	Associação para a Saúde Integral e o Desenvolvimento Humano
CAD	Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CAM	Comunidade Autónoma de Madrid
CAS	Comité de Água e Saneamento
CCC	Conselho Consultivo Comunitário
CCD	Conselho Consultivo Distrital
CCP	Conselho Consultivo Provincial
CE	Cooperação Espanhola
CETMAR	Centro Tecnológico do Mar
CFPS	Centro de Formação de Pessoal de Saúde
CIC	Conselho Interhospitalar de Cooperação
CIC-BATÁ	Centro de Iniciativas para a Cooperação Batá
CISM	Centro de Investigação em Saúde da Manhica
CNBS	Comité Nacional de Bioética de Saúde
CNCO	Comité Nacional de Coordenação
CGRRNN	Comités de Gestão dos Recursos Naturais
CONGE	Coordenadora de ONG para o Desenvolvimento de Espanha
CRE	Cruz Roja Espanha
CRS	Creditor Reporting System
CSC	Comité de Saúde Comunitária
CSPC	Centro de Saúde Polana Canhiço
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DCAA	Direção de Cooperação com África e Ásia
DCMHeF	Direção de Cooperação Multilateral, Horizontal e Financeira
DDHH	Direitos Humanos
DDS	Direção Distrital de Saúde
DEP	Documento Estratégia País
DNAM	Direção Nacional de Assistência Médica
DPEC	Direção Provincial de Educação e Cultura
DPMAS	Direção Provincial de Saúde, Mulher e Ação Social
DPOPH	Direção Provincial de Obras Públicas e Habitação
DPPF	Direção Provincial de Planificação e Finanças
DPS	Direção Provincial de Saúde
DRP	Diagnóstico Rural Participativo
DUAT	Direito de Uso e Aproveitamento da Terra

E-SISTAFE	Sistema Electrónico de Administração Financeira do Estado
EPSC	Estratégia de Promoção da Saúde Comunitária
FAWEMO	Foro de mulheres africanas educadoras de Moçambique
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FDD	Fundo de Desenvolvimento do Distrito
FE	Fundação Encontro
FG	Fundo Global de luta contra a Sida, a malária e a tuberculose
FOCADE	Foro de ONG de Cabo Delgado
GAS	Grupo de Água e Saneamento
GED	Género em Desenvolvimento
GMD	Grupo Moçambicano da Dívida
GMV	Grupo de Coordenação Multisectorial para a Prevenção e Combate à Violência
GT-PAMRDC	Grupo Técnico do Plano de Ação Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica
GTO	Grupo de Teatro do Oprimido
HAI	Health Alliance Initiative
HCM	Hospital Central de Maputo
HPG	Health Partners Group
HRM	Hospital Rural de Moçimboa
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IHP	International Health Partnership
IPAJ	Instituto de Patrocínio e Assistência Jurídica
INCAJU	Instituto de Fomento do Caju
ISCISA	Instituto Superior de Ciências da Saúde
ISCTEM	Instituto Superior de Ciência e Tecnologia de Moçambique
LIFECA	Certificado de Comunidade Livre de Fecalismo a Céu Aberto
MAE	Micro Agentes Económicos
MAEC	Ministério de Assuntos Exteriores e Cooperação
MAIC	Membros Activos Influentes da Comunidade
MAP	Marco de Associação País
MdM	Médicos do Mundo
MED	Mulheres no Desenvolvimento
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
MMC	Medicus Mundi Catalunha
MULEIDE	Associação Mulher Lei e Desenvolvimento
MONASO	Rede Moçambicana de Organizações Contra o SIDA
MoU	Memorando de Entendimento
MSRF	Manhica Senior Research Fellow
NED	Núcleo de Estatística Distrital
NIOP	Núcleo de Investigação Operativa de Pemba
NPLS	Núcleo Provincial de Luta contra o SIDA
OCB	Organização Comunitária de Base
ODP	Observatório de Desenvolvimento Provincial
OE	Objectivo Especifico
OG	Objectivo Geral
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental para o Desenvolvimento
ORAM	Associação Rural de Ajuda Mútua
OSC	Organizações de Sociedade Civil
OTC	Oficina Técnica de Cooperação
PARPA	Plano de Ação para a Redução da pobreza
PAS	Plano de Actuação Sectorial

PDRSCD	Plano de Desenvolvimento da Rede de Cabo Delgado
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PESOD	Planos Económicos e Sociais com Orçamento Distrital
PFIGCD	Programa de Fortalecimento Institucional do Governo de Cabo Delgado
PIS	Plano Nacional de Investimento em Saúde
PISCAD	Programa Intersectorial em Saúde de Cabo Delgado 2004-2011
PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
POA	Plano Operativo Anual
PPTV	Programa de Prevenção da Transmissão Vertical
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PvHIV	Pessoas vivendo com HIV
RDSR	Rede de Defesa de Direitos Sexuais e Reprodutivos
RPI	Repartição de Planificação e Infraestruturas
SC	Sociedade Civil
SDAE	Serviço Distrital de Actividades Económicas
SDEJT	Serviço Distrital de Educação, Juventude e Tecnologia
SDPI	Serviço Distrital de Planificação e Infraestruturas
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Ação Social
SeTP	Saúde em Todas as Políticas
SETSAN	Secretaria Técnica de Segurança Alimentar e Nutricional
SGCID	Secretaria Geral de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SMI	Saúde Materno Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPM	Seção Provincial de Mantimento
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SWAP	Sector Wide Approach (Enfoque sectorial)
TIO	Tratamento de infeções oportunistas
TARV	Tratamento Antirretroviral
TD	Titulares de Direitos
TdR	Termos de Referência
TO	Titulares de Obrigações
TR	Titulares de Responsabilidades
UDACOMO	União Distrital de Associações de Camponeses de Montepuez
UDCN	União Distrital de Associações de Camponeses da Namaacha
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UGEA	Unidade Gestora e Executora de Aquisições
UNAC	União Nacional de Camponeses
UPCM	União Provincial de Camponeses de Maputo
US	Unidade Sanitária
USP	Unidade Sanitária Periférica

INTRODUÇÃO

Este relatório corresponde à avaliação externa das intervenções das ONG em saúde financiadas pela AECID desde 2006 até 2012. Neste período consideraram-se intervenções iniciadas em 2006, algumas das quais davam continuidade a outras anteriores, e intervenções que finalizaram depois de 2012, como os convénios da convocatória 2010. Neste conjunto incluíram-se actividades dirigidas ao sector saúde, outras que contemplavam a saúde como um dos seus eixos principais, intervenções de fortalecimento da sociedade civil e de desenvolvimento produtivo com resultados voltados para a melhoria da segurança alimentar.

I. JUSTIFICAÇÃO E OBJECTIVO

Esta avaliação tem a sua origem na possibilidade de que a própria Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) contrate avaliações estratégicas, ao abrigo da **Ordem AEC / 2909 / 2011, de 21 de Outubro de 2011 e do Plano Bienal de Avaliação de intervenções de ONG 2014-2016.**

A AECID seleccionou o Moçambique como o país de África subsaariana com maior volume de fundos executados por ONG através dos instrumentos de projectos e convénios, absorvendo pouco mais de 79 milhões de euros¹ no período 2005 a 2013. Esta avaliação identifica lições aprendidas e as boas práticas chave na concepção e implementação de intervenções das ONG activas no país que permitam melhorar o seu trabalho em defesa do pleno desenvolvimento humano da sociedade moçambicana.

Apesar de em Moçambique se terem financiado intervenções de ONG em vários sectores, **os sectores de saúde e de luta conta a fome e desenvolvimento rural são particularmente relevantes**, aos quais se deu continuidade no Marco de Associação País entre Espanha e Moçambique, e neles se focaliza esta avaliação.

2. OBJECTO A AVALIAR

São objecto de avaliação **o grosso das intervenções subvencionadas pela AECID a ONG espanholas, no âmbito do direito à saúde e no fortalecimento da sociedade civil, também algumas intervenções em desenvolvimento rural e segurança alimentar em Moçambique, aprovadas entre 2005 e 2012.** Na análise deste direito também foram consideradas as intervenções em Soberania Alimentar e Desenvolvimento Rural, vinculadas à melhoria da saúde.

2.1. INTERVENÇÕES OBJECTO DE AVALIAÇÃO: SELECÇÃO, ALCANCE TEMPORAL E GEOGRÁFICO

Os TdR propunham como potenciais objectos de avaliação um vasto universo de intervenções, 34 ao todo – 21 projectos e 13 convénios – financiadas pela AECID entre os anos 2005 e 2012, principalmente nos sectores de saúde, agricultura e desenvolvimento rural, e governo e sociedade civil.

Tabla I: Lista de intervenções dos TdR

PROJECTOS						
Nº INTERV	CODIGO	ANO	ONG	IMPORTE SUBVENÇÃO	SECTOR	ZONA DE ATUAÇÃO
1	05-PRI-104	2005	Ayuda en Acción	228.075 €	Fortalecimento OSC	Cabo Delgado
2	05-PRI-342	2005	Medicos del Mundo	257.020 €	Saúde	Cabo Delgado
3	05-PRI-026	2005	Prosalus	641.062 €	Desenvolvimento Rural	Maputo
4	06-PRI-251	2006	Associação para la Saúde Integral e el Desenvolvimento Humano (ASIDH)	887.523 €	Saúde	Maputo
5	06-PRI-159	2006	Conselho Interhospitalario de Cooperação (CIC)	400.000 €	Saúde	Maputo
6	07-PRI-017	2007	ASIDH	759.140 €	Saúde	Maputo
7	07-PRI-228	2007	CIC	778.165 €	Saúde	Cabo Delgado / Maputo
8	08-PRI-346	2008	ASIDH	898.750 €	Saúde	Maputo
9	08-PRI-045	2008	Centro de Iniciativas para la Cooperação (CIC)-Batá	435.006 €	Segurança alimentar	Maputo
10	08-PRI-359	2008	CIC	799.500 €	Saúde	Cabo Delgado
11	09-PRI-491	2009	CIC	716.600 €	Saúde	Cabo Delgado
12	09-PRI-269	2009	F. Mundukide	535.799 €	Desenvolvimento Rural	Cabo Delgado
13	10-PRI-0691	2010	ASIDH	349.200 €	Saúde	Maputo
14	10-PRI-0548	2010	CIC	399.950 €	Saúde	Maputo
15	10-PRI-0031	2010	Prosalus	349.856 €	Saúde / educação	Maputo

¹ Distribuídos em dezoito Convénios (nove em 2006, três em 2007, seis em 2010) e trinta e três projectos (dez aprovados 2005-2007, dezanove aprovados 2008-2011 e quatro aprovados em 2012).

16	11-PRI-0135	2011	ASIDH	300.000 €	Saúde	Maputo
17	11-PRI-0517	2011	CIC-Batá	499.448 €	Segurança alimentar	Maputo
18	11-PRI-0678	2011	CIC	322.292 €	Saúde	Cabo Delgado
19	12-PRI-0240	2012	CIC-Batá	122.166 €	Saúde	Maputo
20	12-PRI-0278	2012	F. Mundukide	252.419 €	Desenvolvimento Rural	Cabo Delgado
21	10-PRI-0476	2012	Prosalus	357.020 €	Saúde / educação	Maputo

Fonte: elaboração própria a partir dos TdR

CONVENIOS						
Nº INTERV	CODIGO	ANO	ONG	IMPORTE SUBVENÇÃO	SECTOR	ZONA DE ATUAÇÃO
1	06-COI-037	2006	Ajuda en Acción	1.250.000 €	Fortalecimento OSC	Cabo Delgado
2	06-COI-035	2006	Habitáfrica	2.240.000 €	Desenvolvimento Rural	Maputo
3	06-COI-034	2006	Ongawa-IsF	3.856.464 €	Agua e Saneam / Saúde	Cabo Delgado
4	06-COI-013	2006	Medicos del Mundo	3.050.000 €	Saúde	Cabo Delgado / Maputo
5	06-COI-014	2006	Medicos del Mundo	5.775.000 €	Saúde	Cabo Delgado / Maputo
6	06-COI-036	2006	Prosalus	3.000.000 €	Desenvolvimento Rural	Maputo
7	07-COI-05/01	2007	F. Clinic	6.136.905 €	Saúde	Maputo
8	07-COI-08/01	2007	Medicos Mundi Cataluña (MMC)	6.000.000 €	Saúde	Cabo Delgado
9	10-COI-018	2010	Ajyuda en Acción	2.000.000 €	Fortalecimento OSC	Cabo Delgado
10	10-COI-019	2010	Habitáfrica	4.000.000 €	Desenvolvimento Rural	Cabo Delgado
11	10-COI-020	2010	CRE	2.000.000 €	Segurança Alimentar	Cabo Delgado
12	10-COI-005	2010	MMC	4.400.000 €	Saúde	Cabo Delgado
13	10-COI-022	2010	Medicos del Mundo	2.400.000 €	Saúde	Cabo Delgado

Fonte: elaboração própria a partir dos TdR

Ainda que na proposta inicial e de acordo com os TdR, a equipa avaliadora tinha proposto a selecção de uma amostra representativa das intervenções. Com a aprovação do Comité de Gestão, decidiu não fazer nenhuma selecção, e apenas considerar como “intervenção” o conjunto de projectos e/ou convénios executados por cada ONG com financiamento AECID.

Esta abordagem conjunta por entidade permitiu uma compreensão mais completa e real das atividades e, portanto, do objecto desta avaliação, além de fornecer maior volume de informação, dados mais completos e uma análise mais integral. Para facilitar a análise e tratamento da informação, elaborou-se uma **ficha de sistematização** que se foi preenchendo com a informação disponível, recompilada tanto na fase de concepção com a revisão da documentação e as entrevistas prévias, como com o trabalho de campo realizado.

A AECID foi a principal financiadora das intervenções avaliadas, ainda que algumas delas tenham sido co-financiadas por actores da cooperação descentralizada: AEXCID, ACCD, AACID, Junta de Comunidades de Castilha la Mancha, FOCAD (Governo Basco), Generalitat Valenciana, Municipio de Madrid e Municipio de Palma de Mayorca, entre outros. Por último, no que respeita ao quadro temporal, as intervenções alvo desta avaliação foram aprovadas e executadas fundamentalmente entre os anos 2005 e 2012.

3. METODOLOGIA

3.1. GESTÃO DA AVALIAÇÃO

A avaliação foi liderada e supervisionada por um Comité de Gestão composto pelo Departamento de ONG da AECID, a OTC de Moçambique, A Secreteria Geral de Cooperação Internacional Espanhola (SGICD) e a unidade de avaliação da Coordenadora de ONG Espanholas (CONGE). Este processo avaliativo contou também com um Comité de Acompanhamento, com o objectivo de fomentar desde o principio a apropriação da avaliação por todos os actores chave. Este Comité era composto por membros do Comité de Acompanhamento, do Departamento de Cooperação com África Subsaariana da Direcção de Cooperação com África e Ásia (DCAA), do Departamento Sectorial da Direcção de Cooperação Multilateral, Horizontal e Financeira (DCMHeF) e das ONG cujas intervenções foram alvo de avaliação.

3.2. FASES, TEMPOS E PRODUTOS

O contrato de avaliação foi assinado no dia 5 de Dezembro de 2014 e a primeira reunião com o Comité de Acompanhamento teve lugar a 15 de Janeiro de 2015. As diferentes fases da avaliação obedeceram à seguinte programação: Etapa inicial e elaboração, tanto do documento de planificação geral, como do relatório preliminar (15 semanas); Etapa de trabalho de campo constituída por uma fase de preparação (2 semanas) e uma fase de terreno (5 semanas e meia); Fase de análise e elaboração da brochura do relatório (6 semanas); Revisão, validação da brochura do relatório e elaboração do relatório final (2 semanas).

3.3. MATRIZ DE AVALIAÇÃO, QUADRO DE ANÁLISE E PERGUNTAS

A equipa optou por uma metodologia compreensiva enfatizando a extração de lições aprendidas, as experiências relevantes e a identificação de potencialidades capazes de melhorar, tal como se explicava no relatório preliminar. Durante a avaliação, a matriz de avaliação articulou a fase de questionário ao mesmo tempo que orientava a fase de análise posterior.

A matriz inicialmente apresentada sofreu pequenas modificações, principalmente no campo de indicadores, após as primeiras rondas de entrevistas e reuniões do Comité de Acompanhamento.

A matriz de avaliação definitiva responde à operacionalização dos eixos de análise definidos. Em seguida apresentam-se os cinco eixos e as perguntas de avaliação que eles englobam.

Tabla 2: Eixos de análise e perguntas da avaliação

EIXO 1	<p>Alinhamento com as políticas e estratégias do MISAU, de aplicação nacional e provincial, prestação de contas mútua e fortalecimento das instituições públicas do sector saúde.</p> <p>P.1. As ONG planificam as suas intervenções para complementar a planificação provincial integrada feita pelas autoridades sanitárias descentralizadas e as estratégias do Ministério de Saúde?</p> <p>P.2. Que melhorias trouxeram os projectos e convénios com componente de Fortalecimento Institucional (formação de pessoal sanitário, melhoria na gestão da saúde pública, dotação de infraestruturas e equipamento) no SNS (Sistema Nacional de Saúde)?</p>
---------------	--

EIXO 2	<p>Harmonização, complementariedade e sinergias das ONG com outros doadores, incluindo outras organizações, especialmente em saúde, mas também em sociedade civil; e grau de abordagem intersectorial nas intervenções.</p>	<p>P.3. Aproveitaram-se as sinergias possíveis entre os projectos e convénios financiados a ONG e outras intervenções da Cooperação Espanhola na mesma temática, em especial em cooperação bilateral directa?</p> <p>P.4. Qual é o valor acrescentado da abordagem intersectorial e em particular o desenvolvido nas intervenções que trabalham no direito à alimentação?</p>
EIXO 3	<p>Fortalecimento da sociedade civil e participação das ONG e suas organizações parceiras no diálogo de políticas a nível nacional e provincial</p>	<p>P.5. Qual foi o papel das ONG e das suas organizações parceiras no fortalecimento de capacidades da Sociedade Civil na demanda e acesso ao direito à saúde?</p> <p>P.6. Que melhoria trouxe a participação das ONG e suas organizações parceiras ao diálogo de políticas a nível nacional e provincial (sobre saúde, DDHH, género e nutrição) promovida pelos projectos e convénios?</p>
EIXO 4	<p>Avanços na integração da abordagem de género nas intervenções</p>	<p>P.7. Quais foram as abordagens, estratégias, linhas de actuação (abordagem global, acções concretas...) em matéria de género que as ONG puseram em prática nas intervenções?</p>
EIXO 5	<p>Participação do Colectivo Meta (TD, TO e TR) como elemento chave na Abordagem baseada em Direitos.</p>	<p>P.8. Qual foi a participação dos colectivos meta (TD, TO e TR) nas diferentes fases da intervenção?</p>

Fonte: elaboração própria.

Um aspecto chave da metodologia desta avaliação é a necessidade de existir um quadro de análise específico para cada eixo. Por um lado, as perguntas de avaliação estavam agrupadas em torno de cinco eixos com certo grau de dependência, e, por outro, nem todas as intervenções eram abrangidas por todas as perguntas, pelo que foram adoptados cinco quadros de análise diferentes, para permitir uma melhor compreensão.

3.4. PLANO DE ANÁLISE, TÉCNICAS E FERRAMENTAS

O enfoque metodológico utilizado permitiu analisar a informação para responder às necessidades informativas, fornecendo em alguns casos informação que permite uma análise comparativa de modelos de intervenção. Tal como se indica nos TdR, efectivamente nem todas as intervenções têm potencial para fornecer conteúdos a todas as perguntas de avaliação. Por esta razão a análise tratou de extrair aprendizados de cada um dos eixos de análise em função do carácter da intervenção.

A análise da informação também visou **identificar experiências onde o valor acrescentado das intervenções fosse notório**, mostrando um caso por cada eixo de análise. Embora algumas das experiências sobre as quais se trabalhou sejam susceptíveis de sistematizações de maiores dimensões, optou-se por pôr em evidência algumas das mais destacáveis.

O resultado do processamento e interpretação da informação recompilada foi esquematizado numa **matriz de avaliação analítica**, com as fichas de caracterização sistémica de cada uma das intervenções, uma base fundamental de informação e sistematização das evidências.

3.5. CONDICIONANTES E LIMITANTES DO ESTUDO

3.5.1. CONDICIONANTES

- Previsão e planificação limitada do tempo previsto para o processo avaliativo.
- Diferente grau de disponibilidade e resposta das ONG implicadas no processo.
- Dificuldade de reconstrução histórica do processo, em algumas intervenções.

- d) Coincidência da agenda da fase de terreno com a visita presidencial à província de Cabo Delgado.
- e) Varias condicionantes no acesso às fontes de informação chave. A vasta lista de informadores reduziu esta condicionante.
- f) Nível de informação desigual quando comparando as duas Direcções Provinciais de Saúde.
- g) Dificuldade de acesso às fontes documentais dos Titulares de Obrigações (TO).
- h) Quadros temporais de intervenção mais amplos para algumas ONG do que para outras.

3.5.2. LIMITANTES

A ausência de uma avaliação SMART² ou de uma análise causal da desnutrição³, onde obter dados sobre a melhoria nutricional atingida pelas comunidades nos distritos onde as ONG desenvolveram as suas acções.

4. ANÁLISE

Este capítulo está estruturado em seis pontos. No ponto 4.1 enquadram-se as intervenções das ONG numa perspectiva contextual e estrutural e através de uma linha de tempo. No ponto 4.2, correspondente ao eixo 1, analisam-se os processos de alinhamento das intervenções das ONG a nível nacional, provincial e distrital e apresentam-se as melhorias que os processos implementados pelas ONG trouxeram ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). No ponto 4.3 abordam-se, por um lado, o tipo de colaboração estabelecidos entre as ONG no quadro das intervenções, e por outro, qual foi o valor acrescentado das intervenções que contemplaram acções de acesso ao direito à alimentação e à segurança alimentar. O ponto 4.4 analisa como as ONG fortaleceram a sociedade civil e a presença destas e suas parceiras nos espaços de diálogo existentes e na tomada de decisões, principalmente as relacionadas com o direito à saúde. No ponto 4.5, que corresponde ao eixo 4, analisam-se os avanços na integração da abordagem de género nas intervenções e as dificuldades enfrentadas pelas ONG neste sentido. Por último, o eixo referido à participação, no ponto 4.6, se apresenta uma análise sobre o nível de participação dos diferentes titulares nas intervenções.

4.1. CONTEXTO, FACTOS MARCANTES E CONDIÇÕES: ESPAÇO TEMPORAL 2006 – 2012

Estabeleceu-se um espaço temporal para situar os processos e objectivos mais importantes das intervenções analisadas. Este esquema de três níveis reflecte os feitos mais destacáveis em função do contexto país (nível superior), em função dos momentos relevantes no quadro da AECID (nível central) e com a extensão das intervenções das ONG (nível inferior).

4.2. FORTALECIMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

A análise do fortalecimento do SNS realizada pelas ONG é feita numa perspectiva sistémica, analisando cada um dos pilares principais de um sistema de saúde segundo a OMS4. Estes englobam os objectivos gerais contemplados no Plano Estratégico do Sector Saúde 2007-2012, elaborado pelo MISAU.

Neste capítulo aborda-se uma parte importante da avaliação que analisa, por um lado, como é que as intervenções responderam aos referidos quadros estratégicos a fim de lograr resultados conjuntos e, por outro, como é que as ONG implementaram as suas linhas de acção visando o fortalecimento institucional do MISAU nos seus diferentes níveis.

Esta análise dividiu-se em duas partes que respondem às perguntas vinculadas da avaliação. No ponto 4.2.1 apresenta-se a **análise dos processos de planificação realizados pelas ONG e o seu diferente nível de integração na administração sanitária moçambicana e no PESS 2007-2012 do sector da saúde em Moçambique**. E o ponto 4.2.2 apresenta a **análise da contribuição resultante das intervenções das ONG para o SNS**.

² A metodologia SMART (Monitoria padronizada e assessoramento em emergências e transições) é uma metodologia de inquérito para conhecer o estado nutricional da população, baseado nos indicadores do estado nutricional de menores de 5 anos e na taxa de mortalidade. Fonte: ONU Standing Committee on nutrition. (www.unscn.org).

³ O estudo LinkNCA é participativo, estruturado e global. Baseia-se no quadro causal concebido pela UNICEF e visa a construção de consensos baseados em evidências. Combina um alto nível quantitativo na componente da nutrição, com um componente descritivo que responde a um conjunto de seis questões. Os estudos LinkNCA enquadram-se em populações locais, à escala de distrito ou bairro. (fonte: linknca.org).

⁴ Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action; WHO Library Cataloguing in Publication data (2007).

4.2.1. ANÁLISE DOS PROCESSOS DE PLANIFICAÇÃO.

Alinhamento das intervenções com os quadros estratégicos das autoridades sanitárias moçambicanas⁵.

Antes de começar a analisar a articulação das intervenções com a planificação das autoridades sanitárias a nível nacional, provincial e distrital é importante observar como é que as intervenções se alinharam com processos estratégicos chave, concretamente com o PESS 2007-2012, no qual elas se enquadraram de forma diferente, e com o Plano Estratégico do Sector Saúde da província de Cabo Delgado para 2009-2013⁶.

O alinhamento com o **objectivo estratégico 1** “Melhoria do estado de saúde da população e prestação de cuidados de saúde de qualidade” do PESS deu-se principalmente com os objectivos gerais relacionados com a melhoria da Saúde Materno-Infantil (SMI), a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e a redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis, (HIV/SIDA, malária e tuberculose), como se pode ver na tabela 6. Também podemos constatar este alinhamento com o objectivo geral ligado à promoção de saúde e ao fomento da participação comunitária com o fim de empoderar os titulares de direitos (TD) para o acesso a um serviço de saúde melhor (objectivo geral 8).

Em relação ao **objectivo estratégico 2**, é de salientar que as ONG enquadraram as suas actividades principalmente no fortalecimento da rede de prestação de cuidados de saúde de qualidade e no aumento da qualidade e quantidade de pessoal de saúde. Destacam as intervenções de Medicus Mundi Catalunya (MMC) e de Médicos del Mundo (MdM), que desenvolveram linhas de actuação em dezassete e onze dos vinte objectivos do plano, respectivamente.

Em relação às políticas e programas sectoriais ligados aos objectivos gerais do PESS 2007-2012, as intervenções alinharam-se tal como se constatou na fase de revisão documental. Durante a fase de concepção e identificação as ONG tiveram em consideração os quadros contidos nesta tabela, a fim de integrarem as suas intervenções no marco de ação da administração aos diferentes níveis. Posteriormente, a integração efectiva deu-se com diferentes níveis de profundidade na fase de implementação. Os Titulares de Obrigações (TO) a nível nacional geralmente mencionaram que as intervenções responderam às exigências destes quadros estratégicos sem identificarem planos de ação mais concretos.

Processos de Planificação conjunta (distrital, provincial e nacional) desenvolvidos

Durante o período de avaliação **não se identificou um padrão comum** que permitisse generalizar como é que as intervenções se integraram nos processos de planificação provinciais e distritais. Com o objectivo de esclarecer quais foram os processos que contribuíram para uma maior integração nesses processos, optou-se por uma análise baseada em seis elementos criados pela avaliação, que **descrevem diferentes graus cumulativos de integração**. Assim, ter os elementos 1 e 2 que aparecem na tabela 3, representa o nível mais baixo de integração, e ter todos os elementos, de 1 a 6, representa o nível mais elevado de integração.

⁵ Esta análise do alinhamento realizou-se a partir dos processos levados a cabo pelas ONG tendo em consideração o recolhido nos documentos de formulação, nas análises de pertinência e/ou alinhamento das avaliações realizadas e o obtido no trabalho de entrevistas e resto de revisão documental.

⁶ Anteriores a este plano existiam outros documentos marco. Estes foram o PESS Nacional 2007-2012, já analisado com anterioridade, o PESS provincial de Cabo Delgado 2003-2006, os relatórios dos PESS e os planos estratégicos de DPS para grandes endemias 2008-2010.

Tabela 3: Elementos para classificar níveis de integração na planificação

ELEMENTO	DESCRIÇÃO RESUMIDA
1	Nos documentos de formulação das intervenções faz-se referência aos documentos de planificação existentes.
2	Antes da formulação da intervenção a ONG realizou atividades de identificação prévias à formulação da intervenção, às quais assistiram Titulares de Obrigações (TO).
3	Os TO não só assistiram às reuniões de planificação dos projectos e convénios, como também participaram activamente.
4	A ONG assumiu objectivos contidos nos documentos de planificação dos TO e, além disso, informou a estes sobre os orçamentos que se iriam executar anualmente, para serem incluídos nos Planos Operativos Anuais (POA).
5	A identificação resultou de um processo de planificação próprio do TO (principalmente o PESS) e há evidências de que, no mínimo, uma parte do executado pela ONG aparece nos documentos orçamentais revistos, facilitados pelos TO.
6	A intervenção da ONG foi essencial para o processo de planificação da administração sanitária e assim o corroboram os TO nas entrevistas.

Fonte: elaboração própria

A agregação de elementos permitir-nos-á classificar a planificação realizada como **fraca, média, alta e muito alta**.

Neste sentido, os diversos documentos estratégicos elaborados pelos vários Titulares de Obrigações (TO), tais como os PES, tanto provinciais como distritais, não esclarecem sobre a parte das actividades das ONG que têm integradas e as que não. Vimos, por exemplo, que no PESS de Cabo Delgado faltam grande parte das actividades realizadas pelas ONG pois apenas se mencionam algumas. Tal como acontece na província de Cabo Delgado, num volume dos Planos Económicos e Sociais dos Distritos (PESOD) para a província de Maputo, esta menção é genérica, aparecendo englobada dentro da rubrica “parceiros”, sem distinguir a quem corresponde a referência. Tal como se propunha nos TdR, deve-se considerar a inclusão ou não nos orçamentos dos vários níveis da administração em saúde dos investimentos das intervenções das ONG.

Gráfico 1: Nível de Integração das intervenções em processos de planificação de TO em função dos elementos de análise.

ELEMENTOS INSERIDOS POR ONG	NÍVEL				
	NÍVEL 1 Integração Fraca	NÍVEL 2 Integración Média	NÍVEL 3 Integración alta	NÍVEL 4 Integración Muy alta	
ATRIBUTO DO NÍVEL	Busca de Pontos de Encontro	Complementariedade	Coliderança	Melhoria da qualidade dos processos	
ELEM 1	ASIDH, CIC-Maputo, PROSALUS, F. Clinic				
ELEM 2					
ELEM 1	ELEM 3	CIC-Cabo Delgado, CRE, ONGAWA y Habitáfrica			
ELEM 2	ELEM 4				
ELEM 1	ELEM 3	ELEM 5	MdM		
ELEM 2	ELEM 4				
ELEM 1	ELEM 3	ELEM 5	ELEM 6	MMC	
ELEM 2	ELEM 4				

Fonte: elaboração própria

Entre os factores que facilitaram os processos de planificação destacam os seguintes:

- **A permanência da estrutura das ONG no tempo e no espaço.**
- **A presença institucional prolongada da AECID em Cabo Delgado e o seu conhecimento das estruturas provinciais, seus mecanismos e procedimentos,** devido à assistência técnica na Direção Provincial de Saúde (DPS) até Dezembro de 2006 e posteriormente ao PFIGCD. Estes foram factores que facilitaram ou as relações institucionais entre as ONG e os vários TO, elemento indispensável para os processos de planificação conjunta.

Entre os factores que dificultaram os processos de planificação, destacam os seguintes:

- **A falta de continuidade da estrutura de gestão** em algumas organizações. Este facto dificultou o conhecimento profundo dos TO, dos seus procedimentos internos e o diálogo fluído durante a execução dos projectos e convénios das ONG.
- **Os diferentes prazos de planificação económica.** As diferenças entre as datas da resolução das convocatórias AECID nos anos avaliados e as de elaboração dos Planos Estratégicos de Saúde com orçamento provincial e distrital, com periodicidade anual, dificultaram o ajuste dos prazos e também que as contribuições das ONG fossem integradas nos documentos orçamentais.
- **A indisponibilidade de pessoal experimentado** em matéria de relações institucionais, **por parte de algumas ONG o durante todo o período analisado.**
- **A fraca capacidade instalada nos SDSMAS,** agravada pelo agrupamento de competências de vários serviços e do resto de sectores que complementavam o grupo de parceiros das ONG, como o SDPI, o SDAE ou até de algumas direcções provinciais.

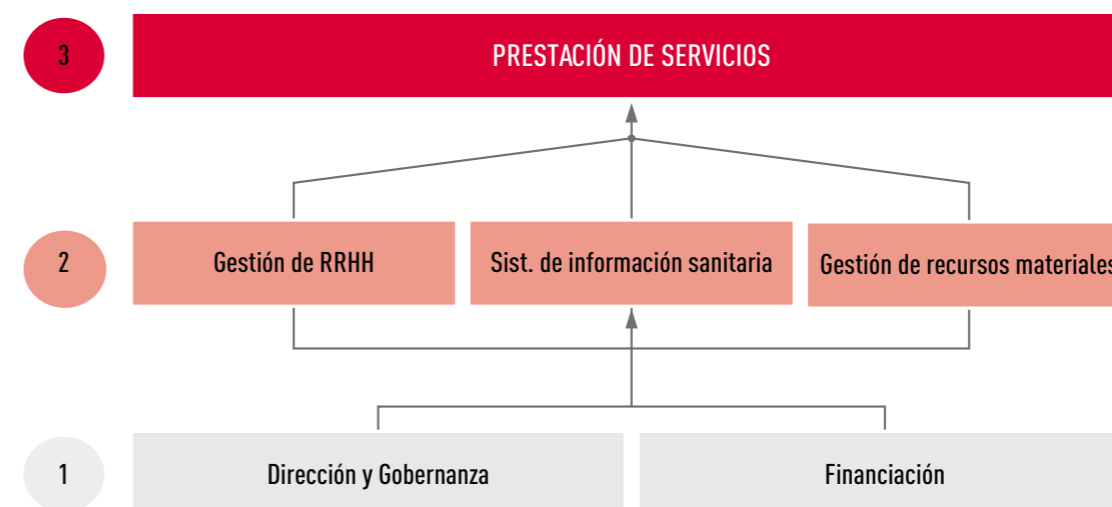
4.2.2. ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORIAS ALCANÇADAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.

A análise das intervenções foi feita utilizando um modelo do sistema nacional de saúde adaptado por esta avaliação e baseado nos pilares estabelecidos pela OMS sobre os sistemas de saúde e nos objectivos gerais fixados no PESS 2007-2012.

No gráfico 6 apresenta-se o esquema utilizado para localizar as linhas de ação das intervenções em função dos pilares clássicos do sistema recomendado pela OMS⁷. Na base colocaram-se os correspondentes à **governabilidade e financiamento do sistema**, peças chave tanto na coordenação como no alinhamento e sustentabilidade das intervenções. A análise deste primeiro nível permite avaliar a capacidade de fortalecimento dos TO em relação à criação de políticas de qualidade e a sua aplicação. Sobre este apoia-se o segundo nível que agrupa as áreas de gestão relacionadas com a qualidade da resposta (**recursos humanos, materiais e informação sanitária**). O último nível é o mais visível para os titulares de direitos é o da **prestação de serviços**, onde se analisa a contribuição para atributos como a equidade, a qualidade ou a eficiência do sistema.

⁷ Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action; WHO Library Cataloguing-in Publication data (2007).

Gráfico 2: Representação dos pilares do sistema recomendados pela OMS.



Fonte: Elaboração própria baseada em recomendações OMS (2007).

Um objectivo comum das intervenções foi fortalecer as capacidades e potencialidades do sistema nacional de saúde pública em alguns destes níveis.

Neste sentido, ao longo da análise far-se-á menção às capacidades criadas ou reforçadas em função do seu carácter organizacional, quer dizer, que permitiram ao sistema dispor de regras e normas para reger o seu funcionamento e operatividade; ou seu carácter institucional, isto é, que permitiram ao sistema realizar as suas funções melhorando a sua eficácia, eficiência e a sustentabilidade.

A tabela 4 apresenta as ONG e os pilares que cada uma delas apoiou durante o período avaliado. Mencionam-se as ONG que trabalharam exclusivamente no sector saúde e aquelas que no âmbito da sua intervenção contemplaram linhas de acção ligadas ao sector, ficando fora desta análise as intervenções dae CIC-Batá, Mundukide e Ajuda em acção (AeA). Com este esquema avaliar-se-á que ONG desenvolveram uma abordagem de fortalecimento institucional mais integral, apoiando um número o maior de pilares.

Tabla 4: Distribuição do apoio dado pelas ONG aos vários pilares do modelo de Sistema Nacional de Saúde (SNS).

NÍVEL	PILAR DO SISTEMA APOIADO	INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE SAÚDE						INTERVENÇÕES COM COMPONENTE SAÚDE		
		ASIDH	CIC	F. CLINIC	MDM	MMC	ONGAWA	CRE	HABITÁFRICA	PROSALUS
1	DIREÇÃO E GOVERNABILIDADE	-	-	•	•	•	•	-	-	-
	FINANCIAMENTO	-	•	-	•	•	-	-	-	-
2	GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS - FORMAÇÃO	•	•	•	•	•	-	-	-	-
	GESTÃO DA INFORMAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA (SIS)	-	-	•	•	•	•	-	-	-
	GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS - INFRAESTRUTURAS DE SAÚDE	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Fonte: elaboração própria.

Direção e governabilidade.

Este primeiro pilar, conforme à estratégia nacional, engloba os objectivos relacionados com a planificação dos recursos, a monitoria do desempenho, a investigação em saúde e a melhoria da cooperação entre sectores e agentes. Neste pilar sobressairam as intervenções dos Médicos Mundi Catalunya (MMC), Médicos del Mundo (MdM) e da FundaçãoClínic.

Os Titulares de Obrigações (TO) a nível distrital mencionam a capacidade obtida após o acompanhamento dos MMC e MdM ao pessoal de saúde nos distritos onde trabalharam. Os Titulares de Responsabilidade (TR) ligados aos SDSMAS indicaram que em muitos casos o apoio para poder chegar a zonas de difícil acesso e os recursos usados para fazer as planificações distritais durante as intervenções, deram-lhes um conhecimento da realidade das comunidades que permitia elaborar documentos de maior qualidade. Ao nível local avalia-se a integração destes conhecimentos e a dotação de ferramentas e protocolos de actuação que ainda não eram aplicados em outros distritos.

O trabalho de reabilitação e instalação de equipamentos, levado a cabo pela ONGAWA, foi complementado pela elaboração consensual de um Plano de Manutenção de Infraestruturas nos Centros de Saúde Rurais⁸, e que foi inserido como ferramenta de trabalho da DPS, no quadro da sua intervenção. Foi um dos esforços mais relevantes das ONG para incidir num dos elementos chave contidos na avaliação de 2005 sobre a cooperação em saúde no país: a importância da manutenção⁹.

Dada a **relevância do desenvolvimento da investigação** para mudar políticas e melhorar a qualidade da prestação de serviços em saúde pública, o **trabalho desenvolvido pela Fundação Clinic foi de especial importância no primeiro nível do sistema analisado**. O seu apoio ao Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM) permitiu que o mesmo recebesse financiamento contínuo da AECIDI0. Moçambique dispõe desde então de um centro de referência em investigação aplicada em malária e outras doenças endémicas do país. Os Titulares de Obrigações (TO) a nível nacional entrevistados consideram esta iniciativa uma referência em matéria de investigação e apoiam-se nela para realizar estudos chave em saúde pública.

A contribuição para a melhoria do SNS através da área da investigação foi muito diferente dependendo do Titular de Obrigações (TO) parceiro, suas capacidades técnicas e, sobretudo, do tipo de colaboração estabelecida com a ONG.

Financiamento

Continuando com o primeiro nível de análise, descrevem-se em seguida as conclusões sobre o financiamento do SNS como linha de ação das intervenções das ONG. Embora este apoio tenha sido levado a cabo pela Cooperação Espanhola, principalmente a nível bilateral e através

⁸ É um guia de procedimentos, responsabilidades e normas para a planificação a partir de uma abordagem preventiva e correctiva para cada uma das infraestruturas realizadas no marco da intervenção (sistema eléctricos, rádio de comunicação, água, saneamento e edificação).

⁹ Avaliação da Cooperação Espanhola em Saúde em Moçambique. Relatório 18. Direção Geral de Planificação e Avaliação de Políticas de Desenvolvimento (MAEC).

¹⁰ O Centro de Investigação em Saúde de Manhica (CISM) cria-se em 1996 pelo Instituto Nacional de Saúde de Moçambique e a F. Clinic per a Recerca Biomedica (Hospital Clinic de Barcelona e UB) com financiamento AECID, e por Resolução do Conselho de Ministros Moçambicano 16/2007 reconhece-se como fundação de direito privado e de utilidade pública gerida pelas autoridades moçambicanas.

de dotações orçamentais ao PROSAUDE, também foi relevante a contribuição feita pelas ONG (MdM e MMC, e em menor medida pelo CIC).

Em geral as ONG forneceram dados para incluir nos orçamentos provinciais e distritais sobre os montantes destinados à construção de infraestruturas, compra de equipamentos e materiais e parte das rubricas destinadas à formação de pessoal sanitário, mas durante o período analisado, essa informação não ficou reflectida nesses documentos, com a mesma dinâmica em todos os anos, nem por todas as entidades. A dinâmica de inclusão de informação tem a ver, por um lado, com a periodicidade com que as ONG fornecem a informação aos Titulares de Obrigações (TO); e, por outro, com os padrões mais ou menos minuciosos que os TO seguem ao incluir essa informação nos documentos orçamentais, o que resulta de alguma falta de capacidade e debilidades na sistematização da informação recebida.

Os TO entrevistados a nível provincial e distrital foram unânimes em afirmar que o apoio orçamental dado pelas ONG nos distritos de Cabo Delgado, permitiu a continuidade da prestação de serviços nas várias US. Os Titulares de Responsabilidades (TR) consideram esta ferramenta uma medida básica para o funcionamento, tanto das intervenções, como do SNS a nível distrital durante o período de avaliação.

Segundo nível de análise: gestão de RH e formação, sistema de informação sanitária e gestão de recursos materiais.

O segundo nível agrupa os três pilares centrais do sistema que possibilitam e condicionam uma prestação de serviços aos Titulares de Direitos (TD) adequada, como são a gestão de recursos humanos e formação, o sistema de informação de saúde (SIS) e a gestão de recursos materiais, -infraestruturas, equipamentos e fornecimentos. As ONG desenvolveram para este nível um tipo de fortalecimento mais institucional, dotando o sistema de maior capacidade de resposta a nível nacional, centrado na formação de pessoal nos três níveis territoriais, melhorando a operatividade e gestão da informação sanitária e aumentando a rede de infraestruturas nas duas províncias.

Gestão de recursos humanos e formação.

A respeito deste pilar é importante destacar que em 2008 o MISAU aprovou o PNDRHS 2008-2015, que visa, definir a estratégia de formação para cobrir as necessidades de recursos humanos do SNS. Como é referido na introdução, é de salientar as metas obedecerem mais às necessidades do MISAU que às capacidades para o seu desenvolvimento. Neste esquema se enquadrou o Plano Nacional de Formação 2011-2015¹¹ que considerou a formação de nível meio e básico em matéria de saúde, em termos de capacidade e cobertura, chave na estratégia a seguir para aumentar e conseguir os recursos humanos adequados ao SNS.

A formação de recursos humanos de saúde realizou-se no quadro das intervenções do CIC, a Fundação Clinic e ASIDH na província de Maputo, e MMC e CIC em Cabo Delgado. As intervenções de MdM contemplaram ações de formação, tanto no distrito de Matola (Maputo Província), como em vários distritos de Cabo Delgado. **A formação foi um dos eixos mais relevantes das intervenções e o melhor avaliado pelos Titulares de**

¹¹ Tal como se extrai da sua introdução, a criação deste documento estratégico devia permitir a cada instituição responsável, rentabilizar os seus recursos e os das províncias, facilitando a negociação com os parceiros locais e as linhas em que estes poderiam apoiar. É significativo que apesar do esforço feito este plano não foi acompanhado por um documento que quantificasse os investimentos necessários em formação que relacionasse o crescimento técnico com as infraestruturas sugeridas.

Responsabilidades e Obrigações (TR e TO) a nível nacional, provincial e distrital, tornando-se o processo mais eficaz para a instalação de capacidades no sistema sanitário.

O apoio das ONG dirigiu-se principalmente aos eixos um e quatro. No eixo um é de salientar a acção do CIC e da ASIDH no papel de assessoria e melhoria da qualidade da formação superior, não só pela sua implementação, como também pela inclusão de novas especialidades no curriculum de saúde e pela potenciação de outras. Partindo de uma intervenção no Hospital Central de Maputo (HCM), a primeira entidade fez um esforço considerável para potenciar a disponibilidade de especialistas em anestesia e cirurgia torácica. Como se conclui das entrevistas a TO a nível nacional, a presença do CIC contribuiu para que essas disciplinas contassem com mais profissionais e também para que fossem tidas em consideração pelos Titulares de Obrigações (TO) responsáveis pela formação superior, a fim de incluí-las nos planos curriculares dos cursos universitários.

Além das entidades anteriormente mencionadas, estas duas também desenvolveram linhas de acção no eixo quatro, e foi aqui onde se concentrou a maior parte da implementação do pilar que nos ocupa. Dentro do PNDRHS 2008-2015, os objectivos deste eixo operacionalizam-se em dez estratégias. Na tabela 5 apresentam-se as actividades das ONG distribuídas em função da sua participação em cada eixo estratégico. Em dois dos eixos -criação da carreira de docente de Instituições de formação do MISAU e reforço do sistema de informação da formação, as ONG não participaram porque foram actividades desenvolvidas a ao nível central do sistema, onde as ONG não tiveram grande presença.

Tabla 5: Apoio dado pelas ONG no âmbito do PNDRHS 2008-2015

ESTRATÉGIAS DO EIXO 4 "CAPACIDADE DA REDE DE FORMAÇÃO INICIAL, PÓS-GRADUADOS (SUPERIOR) E DE FORMAÇÃO CONTÍNUA (E FORMAÇÃO EM SERVIÇO).	ASIDH	CIC	F. CLINIC	MDM	MMC
Extensão física e logística da rede de formação	-	●	-	●	●
Extensão técnica da rede de formação	●	●	●	●	-
Melhoria do processo e da qualidade da formação	-	●	●	-	●
Criação do curso de docente de instituições de formação do MISAU	-	-	-	-	-
Diferenciação da formação dos profissionais de saúde	-	●	●	●	●
Adaptar o perfil das formações às necessidades dos centros	-	-	-	●	●
Reforço do sistema de informação da formação (ORHS)	-	-	-	-	-
Apoio à política de mobilização e participação comunitária	-	-	-	●	●
Organização dos processos de formação contínua	●	●	●	●	●
Reforço das capacidades de planificação e implementação dos pós-graduados	●	●	●	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de PNDRHS 2008-2015

O eixo quatro faz menção à capacidade da rede de formação inicial (grau básico, médio e superior), e à formação contínua (formação contínua e formação em serviço).

As principais conclusões e directrizes para a gestão de recursos humanos e formação serão apresentados de acordo com estes quatro níveis de formação do eixo quatro.

1. Formação inicial de grau básico e médio.

As ONG CIC, MdM e MMC apoiaram a formação básica e média por duas vias: por um lado, apoiando os Centros de Formação de Pessoal de Saúde (CFPS) de Pemba e Moçimboa da Praia; por outro, apoiando os planos de formação, elaborados em alguns casos em coordenação com os SDSMAS e a DPS de Cabo Delgado, principalmente.

Os Titulares de Obrigações (TO) a nível provincial e distrital fizeram uma avaliação muito positiva sobre o apóio dado ao CFPS de Pemba por MdM e MMC, e ao de Moçimboa da Praia pelo CIC, que foi -em ambos os casos e a nível institucional- um dos apoios mais importantes durante o período de avaliação. De facto, no caso do CFPS de Moçimboa da Praia, apesar de ser um centro oficial e estar contemplado no PNDRH do MISAU, começou a realizar as suas actividades no período 2010/2011 graças ao apoio de CIC.

Tanto na linha de acção da formação como na de dotação de materiais e infraestruturas, os TO a nível nacional, provincial e distrital avaliaram positivamente os alunos que durante o trabalho de campo de esta avaliação estavam prestando serviços nas US visitadas. **Os TO a nível provincial e distrital indicam que a formação básica e média apoiada nas linhas de ação destas ONG melhoraram a qualidade dos profissionais e aumentaram o número de recursos humanos em saúde,** o que incrementou a qualidade da prestação dos serviços aos Titulares deDireitos (TD).

2. Formação inicial de grau superior

Dos PESS 2007-2012 conclui-se que era evidente a necessidade de aumentar a quantidade de recursos humanos com formação superior nas US das províncias, durante o período analisado. Segundo o documento, até entao esta prioridade não tinha sido tomada em consideração a nível governamental, já que o esforço tinha visado dotar as US com pessoal, pelo menos, de formação inicial (básica e média). Neste quadro as intervenções das ONG começaram por responder principalmente à formação básica e, em menor medida, algumas linhas de acção das intervenções da F.Clinic, ASIDH e CIC visaram a formação superior, na província de Maputo, embora, em muitos casos, com projeção nacional em muitos dos casos.

O trabalho realizado pelas ONG em matéria de formação superior não só permitiu aumentar o número de recursos formados neste nível, como também foi considerado chave para melhorar a capacidade de ensino de instituições como o ISCISA, o HCM, a UEM e o próprio CISM.

3. Formação contínua

O terceiro nível a que faz referência o eixo 4 do PNDRHS 2008-2015 é a formação contínua que garante uma qualidade melhor de assistência sanitária, já que possibilita a aplicação de técnicas mais avançadas e uma aprendizagem constante. Visa permitir que profissionais no activo tenham acesso a uma educação para melhorar e actualizar protocolos, elaborar os relatórios necessários, adquirir técnicas, ferramentas e conhecimentos clínicos relacionados com a disciplina e com os programas nacionais.

Destacaram-se nesta linha de ação a MdM e a MMC. A primeira apoiou a elaboração de planos de formação contínua em Mecufi, Metuge, Mueda e Matola, e a segunda em Meluco e Ancuabe,

que se integravam nos Planos Operativos Anuais (POA) distritais. Nos restantes casos, as ações de formação contínua contempladas nas linhas de ação das intervenções foram incluídos nos planos de formação a nível provincial.

4. Formação em serviço

O quarto e último tipo de formação destacado no PNDRHS 2008-2015 é a formação em serviço que complementou o trabalho desenvolvido pelas linhas de ação de formação contínua, por um lado, e garantiu a qualidade da prestação do serviço durante o período analisado, por outro. Este tipo de formação foi eminentemente prático e direccionado à supervisão e à melhoria constante de procedimentos e protocolos estabelecidos, tanto pelo MISAU nos seus diferentes níveis, como também pelas próprias ONG.

Estas organizações levaram a cabo formação em serviço em diferentes modalidades. Enquanto em Maputo, excepto o caso da MdM, concentrou-se em três grandes instituições de saúde (CISM, CSPS e HCM), já em Cabo Delgado decorreu principalmente nas US e hospitais de nível rural.

A formação em serviço foi diferente conforme a zona (urbana ou rural) das intervenções. Na zona rural esta formação foi, na maior parte das vezes, acompanhada de apoio logístico e de transporte, equipamentos, materiais e fornecimentos, centrando-se, não obstante, a ação no conhecimento do pessoal das ONG e na transferência de conhecimentos durante a prática clínica e a prestação do serviço. No tocante aos recursos humanos empregues, as ONG levaram a cabo estas tarefas com pessoal próprio expatriado, contratados moçambicanos e pessoal sanitário do sistema público em licença.

A formação em serviço teve por objectivo identificar acções de melhoria e aumentar os conhecimentos do pessoal de saúde, pela prática. Não é simples determinar o alcance que estas atividades tiveram na melhoria da prestação. No entanto, os TO a nível provincial e distrital e os TR entrevistados coincidiram em assinalar que se promoveram procesos autoreplicáveis, uma vez que se capacitaram profissionais para desempenharem protocolos e procedimentos.

Sistema de Informação sanitária (SIS).

À parte a formação e dentro do segundo nível chave do modelo de análise OMS, o SIS é considerado um pilar chave no funcionamento do SNS, uma vez que a informação sanitária acurada e sólida é essencial para a elaboração de indicadores para documentar e sustentar a tomada de decisões e a prestação de contas a vários níveis do MISAU. Quando as doenças infecciosas têm um grande peso na saúde, como é o caso de Moçambique, é fundamental dispor de um sistema de informação sanitária, porque a sua ausência, além de impedir a melhoria da prestação do serviço, limita a possibilidade de fazer uma vigilância epidemiológica para reagir face a situações de emergência.

As linhas de acção incluídas nas intervenções com impacto na melhoria da qualidade dos dados não propunham uma abordagem integral do sistema apoiado, mas apenas apresentavam melhorias pontuais, algumas vezes com um fraco diagnóstico das capacidades existentes ou descontextualizadas. Observam-se oportunidades perdidas no âmbito da melhoria a nível provincial e nacional. A nível distrital, e sobretudo as intervenções de tipo integral de saúde, como as de MMC ou MdM, foram os primeiros esforços para aproximar a informação recolhida das US ao nível provincial onde deviam ser analisados.

Gestão de recursos materiais.

A maior parte das ONG analisadas incidiram na dotação de equipamentos, materiais e infraestruturas, algumas delas concentrando nisso grande parte dos recursos financeiros implementados¹². Na linha de concentração de acções, a dotação de recursos materiais também foi muito superior na província de Cabo Delgado em relação à de Maputo.

As ONG contribuíram para melhorar a qualidade das US em seis dos nove distritos da província de Maputo e em treze dos dezessete de Cabo Delgado, através de ações de construção, reabilitação e dotação de equipamento e material. O apoio das ONG permitiu ao MISAU desenvolver a sua estratégia e ir eliminando estruturas de postos de saúde, convertendo-as em centros de saúde, a fim de melhorar a atenção e os meios disponíveis.

Durante o período analisado aumentaram as US na província, que passaram de 104 em 2007¹³ para 115 em 2013¹⁴, tendo o apoio das ONG contribuído em 45,5% para o total deste aumento, se se tiver em conta apenas as US de nova construção. Os vários TO consideram que as ONG **contribuíram para os primeiros passos na instalação de capacidades em distritos onde a rede do SNS ainda não tinha chegado.** A melhoria produzida pelas intervenções das ONG é notável, porque além de novas construções, se reabilitou e dotou de instalações a um total de 28 US em oito distritos da província. Como se conclui dos TO a nível provincial e distrital, as intervenções das ONG foram um dos principais pilares do aumento de cobertura, uma vez que também intervieram em zonas muito isoladas geograficamente.

Como se pode ver nos documentos de monitoria das ONG, estas intervenções melhoraram indicadores de saúde durante o período em que foram executadas, aumentaram o número de pessoas com acesso ao primeiro nível de cuidados de saúde. Não obstante, reconhece-se que muitas vezes as melhorias e os avanços nos indicadores estancaram quando finalizou a intervenção.

Para tentar mostrar como os esforços e recursos destinados à construção, reabilitação e dotação de infraestruturas sanitárias levados a cabo pelas ONG contribuíram para melhorar o acesso à saúde em Cabo Delgado e tendo em conta os condicionamentos referentes à disponibilidade de dados, vão-se apresentar quatro indicadores do uso de infraestruturas e cobertura do sistema: **o índice de inequidade horizontal, o raio médio (em quilómetros) da área de intervenção de cada US, o número de habitantes por US e o número de camas por cada 1.000 mulheres em idade fértil.**

Houve pouca capacidade instalada o que reflete, por um lado, falhas na identificação de algumas intervenções e, por outro, uma certa tendência para implementar atividades sobre as ações para consolidar as realizações. Os TO a nível provincial e distrital reconhecem haver fraca cultura de manutenção, o que dificultou sobremaneira a apropriação de parte dos serviços postos a funcionar no quadro das intervenções.

Terceiro nível de análise: prestação de serviços

Neste nível de análise encontramos objectivos gerais sobre a melhoria do estado da saúde em geral, sobre a promoção desta, a prestação dos serviços no sector e a prevenção e controlo de

¹² A disposição de uma parte do orçamento das intervenções destinada a infraestruturas é uma exigência no Código de conduta assinado entre as ONG de saúde e o MISAU.

¹³ Conforme Plano Económico e Social (Balanço 2007). DPS MISAU. Conforme este documento anual esse ano existiam na província quatro hospitais distritais, setenta e seis centros de saúde tipo I e II e catorze postos de saúde.

¹⁴ Conforme Plano Económico e Social (Balanço 2013). DPS MISAU.

doenças. As intervenções puseram em funcionamento linhas de ação enquadradas em 6 dos 8 objectivos gerais desta parte do Plano Estratégico do Sector Saúde 2007-2012 (PESS 2007-2012). O anexo 4.3. contém uma análise detalhada das mesmas.

Quanto ao apoio na prestação de serviços em relação aos OG 1 a 4 houve duas abordagens de trabalho: por um lado, aquelas organizações cujas linhas de ação de prestação de serviços **assumiram actividades próprias do SNS** na atenção sanitária à população. Isto levou-se a cabo através da gestão directa de US, da contratação de pessoal sanitário posto à disposição do SNS e/ou fornecimento de equipamentos e suprimentos. Este foi o caso da ASIDH, da F.Clinic e da Prosalus, sobretudo nos distritos da província de Maputo.

Por outro lado, organizações como o CIC, e sobretudo os MMC e MdM contribuíram para melhorar a prestação dos serviços de saúde através do apoio orçamental para o funcionamento, material e recursos humanos em US de distritos de Cabo Delgado, como já se comentou anteriormente. Como indicaram os TO a nível provincial e distrital, sem este apoio as US não poderiam ter prestado atenção sanitária durante largos períodos de tempo.

As intervenções das ONG contribuíram em diferente medida para os cinco pilares dos três níveis do modelo do sistema de saúde analisado. Destacou-se o apoio a melhoria da qualidade dos recursos humanos, à ampliação da rede de infraestruturas e materiais (sobretudo na província de Cabo Delgado) e ao reforço da prestação de serviços de saúde nos distritos onde intervíram. O objectivo de fortalecer capacidades, num sistema nacional de saúde (SNS) que ainda não tinha chegado aos distritos, fez que em várias intervenções as ONG implementassem acções, para responder às demandas dos titulares de direitos, como se elas fossem titulares de obrigações. No âmbito rural as intervenções enfrentaram uma considerável falta de resposta por parte dos TO devido à debilidade institucional existente e às escassas capacidades para atingir a implementação do SNS. Neste sentido, o apoio das ONG à extensão da rede sanitária foi uma contribuição importante para a cobertura do primeiro nível de cuidados sanitários. Como se depreende das entrevistas com os vários TO de âmbito nacional, provincial e distrital, a contribuição das ONG não só aumentou a população que com acesso ao primeiro nível da atenção, como também contribuiu para a instalação do SNS, pela primeira vez, em várias zonas.

4.3. HARMONIZAÇÃO E SINERGIAS DAS ONG: GRAU DE ABORDAGEM DE INTERSECTORIALIDADE E DE SETP E VALOR ACRESCENTADO DAS INTERVENÇÕES QUE INCLUÍRAM O ACESSO AO DIREITO À ALIMENTAÇÃO E À SEGURANÇA ALIMENTAR.

Neste capítulo aborda-se como foram as relações estabelecidas entre as ONG no quadro das suas intervenções, as sinergias geradas entre estas e qual foi o valor acrescentado das intervenções que contemplaram o acesso ao Direito à Alimentação e à Segurança Alimentar.

Na primeira parte, que corresponde aos três primeiros sub-capítulos, apresentam-se os principais espaços de encontro, diálogo e coordenação de que fizeram parte, assim como os vários mecanismos de intercâmbio. Depois analisam-se os pontos de encontro entre as intervenções desenvolvidas na província de Cabo Delgado e o PFIGCD da AECID, bem como as potenciais sinergias entre as acções das ONG e o PROSAUDE.

Na segunda parte, analisa-se como é que as intervenções que integraram o acesso ao direito à alimentação e segurança alimentar e ao direito à saúde levaram a cabo a sua acção. Faz-se uma apresentação da abordagem Intersectorial e do SeTO, e em seguida analisa-se o trabalho feito por cinco das ONG objecto de estudo que desenvolveram linhas de ação para o aumento do acesso ao direito à alimentação e à segurança alimentar.

4.3.1. ESPAÇOS PARA A HARMONIZAÇÃO E SINERGIAS DAS ONG.

A nível nacional

Os principais **espaços nacionais de coordenação e diálogo do sector saúde** em Moçambique são os seguintes: Conselho Nacional de Saúde, o Health Partners Group, os grupos e trabalho do SWAP saúde e os grupos temáticos do MISAU.

Durante o período avaliado não existia um mecanismo de coordenação em matéria de saúde que envolvesse de modo sistemático, isto é, formal e regularmente, a todos os componentes da sociedade civil do sector. Ainda assim, duas das plataformas de ONG mais importantes de Moçambique, a Rede moçambicana de organizações de serviços para HIV/SIDA (MONASO) e a Rede Naima+, composta por ONG de saúde e HIV/SIDA não moçambicanas, lograram participar em processos SWAP de saúde como o SWAP Fórum, em vários dos seus grupos de trabalho e na elaboração do Plano Estratégico do Sector Saúde do MISAU (PESS). Num dos espaços mais relevantes de coordenação da sociedade civil, a **plataforma Naima+**, confluíram as ONG CIC, MdM e MMC. Esta rede esteve presente nos grupos de trabalho promovidos pelo MISAU e nos grupos temáticos que o SWAP incluía no seu organograma de trabalho. A participação da MdM e MMC foi qualificada pelos TR entrevistados como proactiva, propositiva e muito enriquecedora, fazendo parte do conselho de direcção durante diferentes períodos.

Estes grupos de trabalho foram aproveitados pelas ONG como mecanismos de divulgação e socialização das aprendizagens resultantes das suas intervenções. A MMC fortaleceu a presença do conjunto das ONG nestes fóruns de trabalho, facilitando a divulgação de materiais e documentação, relatórios e posicionamento do resto de actores.

A nível provincial

No âmbito provincial, tanto em Maputo como em Cabo Delgado, existem também espaços de coordenação ad hoc de ONG e destas com as autoridades provinciais. Os principais esforços de coordenação e busca de sinergias das ONG analisadas levaram-se a cabo em espaços liderados ou promovidos pelas instituições públicas provinciais e distritais.

Embora houvesse **uma presença considerável de ONG na província, relacionando-se informalmente entre elas**, a avaliação comprovou que não se desenvolveram mais instrumentos formais do que os já mencionados par por em comum ou buscar alianças concretas para a intervenção. Dos TO a nível nacional e provincial destaca-se a percepção de que as intervenções, ainda que todas elas se enquadrassem na actuação da CE como tal, não criaram coordenações institucionais formais ad hoc para articular e harmonizar processos que favorecessem e facilitassem as relações com os distintos TO.

A nível distrital os espaços mais relevantes de coordenação foram os Conselhos Consultivos Distritais (CCD), liderados pelo governo e formados pelos diferentes serviços do distrito (SDSMAS, SDAE, SDPI e SDEJT) e a secretaria distrital. Estes reuniam-se pelo menos no momento de elaborar o Plano Económico e Social anual e para fazer balanço do cumprimento de objectivos nesse mesmo período. Cada serviço distrital organizava reuniões com as entidades ligadas às suas actividades, incluindo as OSC locais e as ONG internacionais, e acordava os pontos da agenda a tratar no CCD.

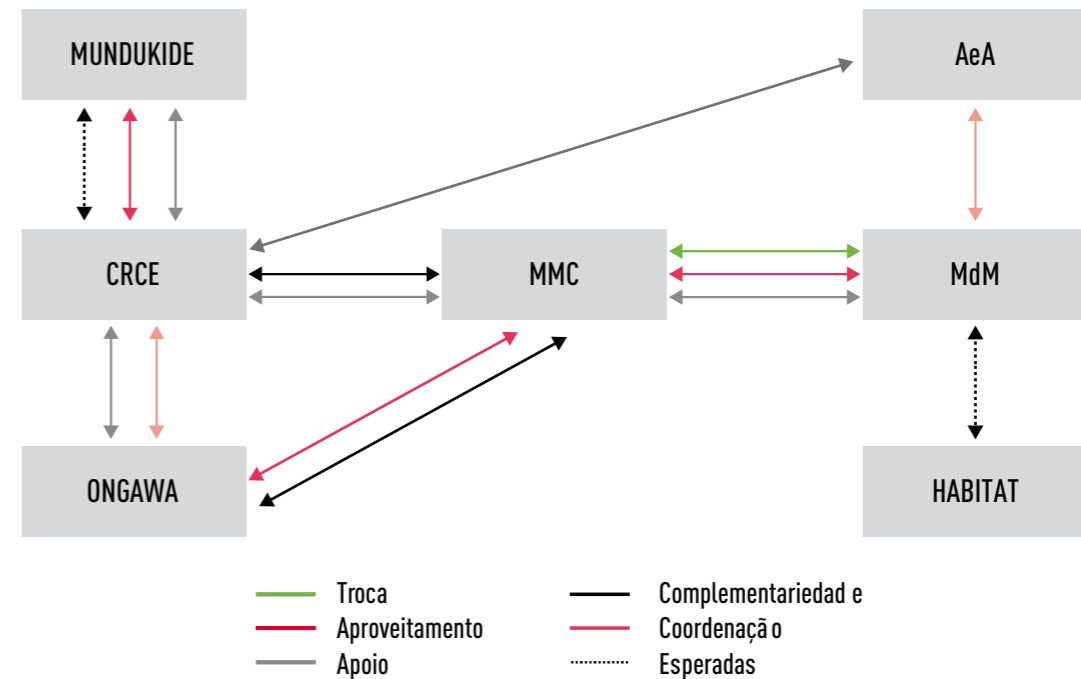
Em todos estes espaços as ONG trocaram informação sobre as actividades das suas intervenções, concertaram as linhas de ação a apoiar, coordenaram-se para evitar sobreposições, partilharam e analisaram resultados, conclusões e dificuldades encontradas. Como declararam os vários TO, a participação das ONG analisadas foi de grande qualidade e, nalguns casos, as entidades foram consideradas relevantes aliadas para as instituições poderem levar a cabo as suas funções. A capacidade e profissionalismo do pessoal foi em muitos casos um valor acrescentado realçado pelos TO entrevistados.

Por último destacar que também houve **espaços próprios da cooperação espanhola** nas duas províncias analisadas. A organização destas reuniões e a sua regularidade variou durante o período avaliado e foi, em grande medida, condicionada pela disponibilidade de responsáveis de programas ou de projectos ligados ao sector saúde na OTC.

4.3.2. RELAÇÕES DE COLABORAÇÃO E POTENCIAIS SINERGIAS ENTRE AS INTERVENÇÕES DAS ONG

Durante a execução das suas intervenções, as ONG que trabalharam na província estabeleceram, entre si e com diferente intensidade, relações de colaboração. Para esta avaliação consideramos o conceito de sinergia, mencionado na pergunta de avaliação prevista, como sendo a ação de duas ou mais causas que geram um efeito superior ao que se conseguiria com a soma dos efeitos individuais. Assim, depois de fazer a análise da documentação do discurso extraído durante o trabalho em terreno a TR, TO e responsáveis de AECID e das ONG, podemos afirmar que durante o período desta avaliação, **não se conseguiram materializar sinergias como tais -entre as entidades- no decurso das intervenções.** Não obstante, para esta análise optou-se por uma classificação detalhada das relações de colaboração estabelecidas tal como se apresenta aprecia no gráfico 3, que embora não se possam considerar sinergias, nos termos explicadosu, foram sim, pontos de encontro válidos.

Gráfico 3. Tipos de colaboração entre as intervenções de ONG.



Fonte: elaboração própria

4.3.3. RELAÇÕES DE COLABORAÇÃO E POTENCIAIS SINERGIAS COM OUTROS PROGRAMAS BILATERAIS.

Em relação às possíveis sinergias com intervenções bilaterais da CE apenas foram identificados os casos pontuais que em seguida se analisam. Seguindo a mesma classificação estabelecida no ponto anterior, podemos falar de relações de complementariedad entre o PFIGPCD, implementado pela AECID, e as intervenções da MMC e da Habitáfrica. A influência deste programa na melhoria da planificação da administração provincial foi complementada com linhas de acção específicas destas ONG destinadas a melhorar a planificação provincial e distrital.

O apoio da MMC à Direção Provincial de Saúde (DPS) de Cabo Delgado complementou os esforços feitos para melhorar a qualidade da planificação estratégica do governo provincial. Os vários TO e TR provinciais entrevistados mostraram que as capacidades de planificação em saúde na província melhoraram consideravelmente: logrou-se maior clareza na apresentação das necessidades e na identificação dos pontos críticos; a qualidade dos dados e ratios utilizados melhoraram e reflectiram de maneira mais fidedigna a realidade, possibilitando a fixação de metas mais realistas; também sobressai a melhoria da capacidade da administração para elaborar orçamentos de acordo com as necessidades e a disponibilidade de recursos.

Os TR destacam que num momento avançado da intervenção o mecanismo de apoio orçamental teve resultados relevantes, o que fortaleceu a colaboração com o governo do distrito de Mueda. Através deste processo, entre outros âmbitos, apoiou-se a reforma institucional no processo de desconcentração, impulsionando a implementação de novas ferramentas de gestão, como o e-SISTAFEI5, e a melhoria do desempenho dos Conselhos Consultivos Locais, começando pelas próprias sessões ordinárias a nível distrital.

4.3.4. SOBRE AS ABORDAGENS DE INTERSECTORIALIDADE E A ABORDAGEM DE (SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS).

A abordagem de Intersectorialidade e a de “Saúde em todas as políticas” são duas chaves para alcançar a integração de sectores e políticas para harmonizar objectivos e atingir resultados no sector saúde. As intervenções tiveram pouco êxito no funcionamento deste enfoque, que por outro lado não tem grande desenvolvimento teórico em que basear o seu modelo. Além disso, foram vários os modelos para organizar a acção intersectorial e as suas características dependeram do nível da tomada de decisões, da estrutura funcional onde se integraram e, sobretudo, das capacidades instaladas dos atores implicados.

As intervenções da **CRE, Habitáfrica e Prosalus** consideraram a intersectorialidade, sendo grande parte das suas linhas de ação focalizadas no sector saúde. A amplitude deste sector, do que deu conta a diversidade de intervenções, oferecia possibilidades de ação mais que suficientes durante o período avaliado, se observamos por outro lado as dimensões e os orçamentos canalizados através das ONG. Note-se que não existe um consenso sobre os critérios que tornam uma intervenção multisectorial, integral ou multidisciplinar.

Classificação das intervenções conforme a sua contribuição para a melhoria da situação nutricional.

É oportuno lembrar que **existem diferentes abordagens causais ao problema da malnutrição, desenvolvidas por diferentes âmbitos de investigação**, das Agências internacionais de desenvolvimento e da academia. Tendo em consideração os limitantes mencionados, para esta análise optou-se pelo modelo *Scaling Up Nutrition* promovido desde 2013 pela maior parte da comunidade científica e apresentado na revista Lancet. Inicialmente estava previsto que se analisassem apenas as cinco ONG que tinham uma componente de segurança alimentar, mas durante o processo de análise considerou-se pertinente analisar todas as intervenções de acordo com este esquema e poder assim ter uma visão mais integral da situação geográfica.

Este quadro responde ao enfoque de segurança alimentar e serve para avaliar as intervenções, a sua contribuição para a melhoria da situação nutricional e o seu efeito no crescimento e desenvolvimento dos TD. Devido à ausência de dados nutricionais nas comunidades onde foram executadas as intervenções consegue-se com esta análise **uma aproximação ao potencial de incidência das intervenções na melhoria da nutrição e, portanto, da saúde das populações beneficiárias.**

Mais adiante, no caso concreto das cinco ONG inicialmente abrangidas, esta análise é reforçada com um modelo de análise do Banco Mundial de 2007 dirigida a intervenções com linhas de desenvolvimento agrícola e atividades ligadas.

Quadro I: Classificação de intervenções pela sua relação com a melhoria nutricional

TIPO	DESCRIÇÃO
INTERVENÇÃO NUTRICIONAL ESPECÍFICA	Abordam os determinantes imediatos da nutrição e do desenvolvimento fetal e infantil. Trata-se de intervenções com vista a garantir um consumo de alimentos e nutrientes adequado, uma alimentação correcta. Uma atenção correcta por parte dos pais possibilita uma redução da carga de doenças infecciosas.
INTERVENÇÃO COM INCIDÊNCIA NUTRICIONAL OU “INTERVENÇÕES SENSÍVEIS”	Abordam determinantes subjacentes da nutrição e do desenvolvimento fetal e infantil. Referem-se a programas onde se intervém em segurança alimentar, direito à alimentação, recursos adequados de atenção à mãe, ao lar e à comunidade, melhoria de acesso aos serviços de saúde, promoção de ambientes seguros e higiénicos. Recomenda-se que se acrescentem estes programas aos programas específicos, para se conseguir maior eficácia na intervenção e maior impacto na resolução do problema.

Fonte: elaboração própria a partir de Lancet, 2013.

Intervenções nutricionais específicas.

Na tabela 6 apresentam-se as intervenções das ONG em cada uma das linhas específicas de acordo com o quadro teórico de referência. Dos 12 casos estudados, em 6 a ONG executou actividades de prevenção e controlo de doenças infecciosas, e em 5 contemplou ações relacionadas com a lactação e a alimentação complementar, apoiando, fundamentalmente, programas desenvolvidos nas US. **Um terço das ONG implementou atividades relacionadas com a estratégia IEC** (Informação, Educação e Comunicação) para a promoção e estímulo de hábitos saudáveis ligados à nutrição.

Tabela 6: Distribuição das ONG conforme o tipo de actividade realizada no nível de intervenções específicas de acordo com o quadro Lancet de contribuição para a melhoria da desnutrição (2013)

INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS ESPECÍFICAS	ONG QUE REALIZAM ACTIVIDADES RELACIONADAS
SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E NUTRIÇÃO ANTES DA GRAVIDEZ	CIC, MMC, MdM
SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR PARA MÃES	
SUPLEMENTAÇÃO OU REFORÇO DE MICRONUTRIENTES	
LACTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	CIC, CRE, MMC, MdM, Prosalus
SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS	Prosalus
DIVERSIFICAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO	CIC-Batá, CRE, Prosalus
COMPORTAMENTOS E ESTIMULAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO	CIC-Batá, CRE, MdM, Prosalus
TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA SEVERA	Prosalus
PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS	ASIDH, CIC, F. Clinic, MMC, MdM, Prosalus
INTERVENÇÃO DE NUTRIÇÃO EM CASOS DE EMERGÊNCIA	Prosalus

Fonte: elaboração própria

Intervenção com incidência nutricional ou “sensíveis”

A tabela 7 contém as intervenções das ONG por cada uma das linhas com potencial de melhorar a situação nutricional da população, denominadas “sensíveis”. Todas as ONG executaram uma ou mais linhas de ação relacionadas com as estratégias contempladas nesta categoria. Das 12 ONG, 8 desenvolveram ações para melhorar o acesso ao direito à saúde dos TD mediante modelos de intervenção diversos. Cinco das doze entidades analisadas implementaram ações directamente relacionadas com o desenvolvimento agrícola e o sector produtivo visando a obtenção de produtos alimentares e estratégias para atingir a segurança alimentar. Uma vez que se encontra entre as estratégias do quadro marco teórico e, embora se desenvolva com mais profundidade no capítulo 4.5 deste relatório, convém destacar que 6 das 12 ONG implementaram ações para o empoderamento da mulher. De acordo com a documentação revista, nenhuma das ONG analisadas incluiu ações para melhorar a saúde materna nem para apoiar a rede de segurança social da população.

Tabela 7: Distribuição das ONG conforme o tipo de actividade realizada no nível de intervenções sensíveis conforme o quadro Lancet de contribuição para a melhoria da desnutrição (2013)

INTERVENÇÕES SENSÍVEIS	ONG QUE REALIZAM ACTIVIDADES RELACIONADAS
AGRICULTURA E SEGURANÇA ALIMENTAR	CIC-Batá, CRE, F. Mundukide, Habitáfrica, Prosalus
REDES DE SEGURANÇA SOCIAL	
DESENVOLVIMENTO DE PRIMEIRA INFÂNCIA	MMC, MdM, Prosalus
SAÚDE MENTAL MATERNA	
EMPODERAMENTO DA MULHER	AeA, CIC-Batá, CRE, MMC, MdM, Prosalus, F. Clínic
PROTECÇÃO INFANTIL	AeA, Prosalus
EDUCAÇÃO ESCOLAR	AeA, CRE, Habitáfrica, Prosalus
ÁGUA E SANEAMENTO	CRE, Habitáfrica, ONGAWA, Prosalus
SERVIÇOS DE SAÚDE E PLANIFICAÇÃO FAMILIAR	AeA, ASIDH, CIC, F. Clínic, Habitáfrica, MMC, MdM, Prosalus

Fonte: elaboração própria

Se a análise realiza-se por cada ONG, há de ser considerado, conforme o marco teórico utilizado, que **as intervenções com maior possibilidade de contribuir à mudança da situação nutricional dos TD, foram aquelas nas quais um número alto de ações específicas estiveram apoiadas por ações sensíveis.**

Valoração das intervenções com linhas de ação para o acesso ao direito à alimentação e à segurança alimentar.

As ONG combinaram nas suas formulações ações “sensíveis” e “específicas”, com o fim de: melhorar a disponibilidade e o acesso a alimentos adequados e adaptados; orientar a produção a dietas equilibradas que diminuíssem a desnutrição e o défice vitamínico e a consequente redução das capacidades; integrar ações de higiene no armazenamento, distribuição e processado de alimentos; aumentar o controlo sanitário de produtos; introduzir novas técnicas e tecnologias para a cultura e outras produções; e para mobilizar às comunidades na defesa do direito à alimentação e à segurança alimentar.

Entre as que combinaram os dois tipos de ações, temos que distinguir conforme a:

- intervenções cujo desenho respondeu a um enfoque intersectorial com linhas de ação dirigidas a melhorar o acesso ao direito à alimentação e à segurança alimentar e ao direito de acesso à saúde (CRE em Montepuez, Prosalus em Boane e Naamacha e Habitáfrica em Matutuine).
- intervenções cuja intersectorialidade com o direito à alimentação e à segurança alimentar responde a uma integração a uma interpretação posterior baseada nos resultados. É dizer, executaram linhas de ação dirigidas à melhoria do acesso ao direito à alimentação e à segurança alimentar, que à sua vez tiveram implicações directas na melhoria do nível nutricional e no acesso ao direito à saúde. Neste segundo grupo incluem-se as intervenções de CIC-Batá em Naamacha, Manhiça e Marracuene, e de F. Mundukide em Montepuez e Balama.

No que diz respeito às linhas de ação trabalhadas no âmbito agrário no sentido amplo e o seu efeito em saúde como se indica na pergunta de avaliação, é importante destacar que estas intervenções não compreenderam nas suas formulações indicadores ligados à saúde nem tomaram como linhas de base diagnósticos com o detalhe da situação sanitária das comunidades. A melhoria ou pioramento dos indicadores de saúde nas comunidades, por tanto, não se conseguiu atribuir completamente a ação das intervenções das ONG analisadas.

Intervenções com componente de desenvolvimento agrário e produtivo e grau de atribuição sobre a melhoria no acesso ao direito à alimentação e à segurança alimentar.

As cinco ONG objecto desta análise têm em comum, em maior ou menor medida, no desenho das suas intervenções um conjunto de premissas que sustentam a relação directa entre o acesso a direito à alimentação e à segurança alimentar e os níveis de desnutrição de uma comunidade.

- Potencial para a melhoria da produtividade da agricultura de subsistência através da capacitação de agricultores num contexto de baixo extensionismo agrário de carácter público. Neste contexto as opções de desenvolvimento económico também são escassas fora do âmbito do sector agroprodutivo.
- O aumento de ingressos dos TD dedicados à agricultura pode contribuir à segurança alimentar e nutricional de maneira directa, dedicando ingressos à aquisição de alimentos ou indirecta, dedicando parte da renda obtida à provisão de uma melhor assistência sanitária (pagamento de medicinas ou transporte à US).
- As ações de desenvolvimento agrário com um enfoque de género adequado que fortaleça o empoderamento da mulher e o seu acesso aos recursos e à tomada de decisões pode ter maiores efeitos na melhoria da segurança alimentar das comunidades.

As intervenções concentraram de maneira significativa as suas ações na categoria de agricultura e segurança alimentar. Nesta análise teve-se em consideração o modelo proposto pelo Banco Mundial em 2007. Este modelo plantea que o desenvolvimento agrário e as atividades ligadas têm um impacto evidente na melhoria do acesso à alimentação e à redução da desnutrição.

4.4. FORTALECIMENTO DE CAPACIDADES DA SOCIEDADE CIVIL NA DEMANDA E ACESSO AO DIREITO À SAÚDE COM PRESENÇA EM ESPAÇOS DE DIALOGO NACIONAL.

4.4.1. A SOCIEDADE CIVIL MOÇAMBICANA E AS ONG

Neste capítulo aborda-se uma descrição das entidades da sociedade civil com as que trabalharam as ONG, assim como a análise desde o enfoque de criação de capacidades. Não obstante, ademais das OCB e das OSC que se mencionaram como parte das intervenções, existiam outras redes da sociedade civil com as que não se trabalhou. Estas não eram numerosas, estavam focalizadas na capital e contavam com pouca implantação ou contacto real com o nível provincial ou distrital, sem embargo refletiam o crescimento da sociedade civil e dos espaços de diálogo para a incidência política. Durante os primeiros anos do período analisado adquiriram maior relevância algumas organizações, como o Grupo Moçambicano da Dívida (GMD), Fórum Mulher ou a Rede de Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (RDSR), as quais participaram nos debates com o Governo e doadores fazendo patente a sua opinião sobre as políticas de desenvolvimento.

Descrição de OSC, OCB e grupos de capital humano fortalecidos pelas ONG.

A diversidade da sociedade civil identificada existente em Moçambique durante o período desta avaliação foi ampla. Tal e como se constatou na fase de revisão documental, existem diversas classificações que categorizam a amplitude das entidades com as que se trabalhou. Centrar-nos-emos aqui, tal e como exige o objecto de estudo, na categorização das associações, entidades parceiras e atores com as que interagiram as ONG; na maioria dos casos durante a fase de desenho o código CRS referido a ações de fortalecimento de sociedade civil, foi considerado como principal ou secundário. Nalguns casos nos que não se incluiu esse código CRS, após a análise documental se observou que tinham realizado ações enquadradas nessa categoria.

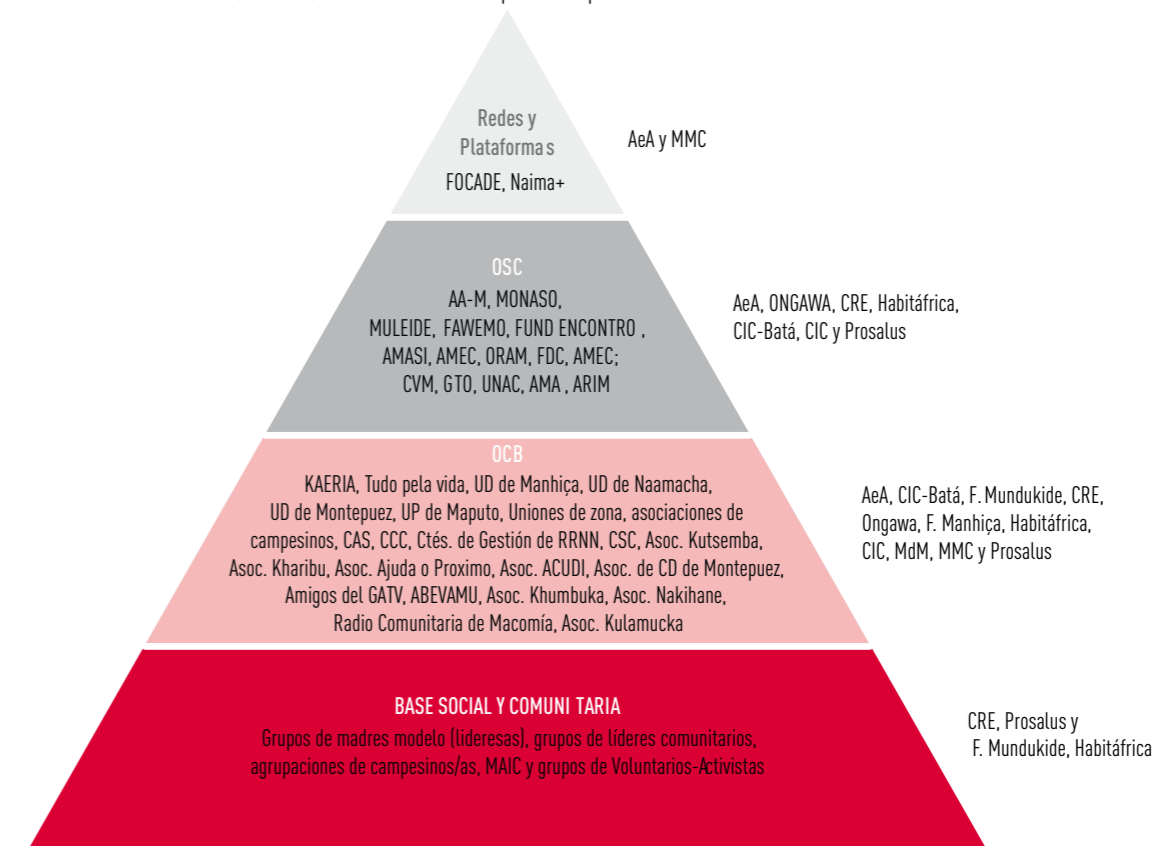
O trabalho das ONG enquadrou-se em grande medida nas vias reconhecidas como chaves para o fortalecimento e criação de capacidades de entidades solidas da sociedade civil: apoio a organizações independentes de base, a colaboração entre entidades locais e externas e a busca de sinergias com o estado, a pesar da debilidade deste.¹⁶. Nesta linha apoiaram por um lado a **OSC** que contavam com autonomia, estrutura a trajetória independente previa à intervenção, e a **OCB**, é dizer, estruturas pertencentes ao nível local e com uma alta debilidade estrutural e organizacional. Nalguns casos foram as mesmas ONG as que deram lugar à criação e organização destas OCB, e noutros a ação das ONG supus um apoio a estruturas fracas que já tinham iniciado atividades previas à intervenção. Também destacamos os grupos de pessoas dirigidos a criar capital humano nas comunidades, promovido pela ação das ONG.

Para levar a cabo a análise sobre o **fortalecimento de capacidades da sociedade civil** temos que ter em consideração que existem diferenças consideráveis dependendo do sector no que as ONG trabalharam.

- ONG que trabalharam no sector saúde: MdM, MMC, ONGAWA, ASIDH, CIC e a F.Clinic. Fortaleceram principalmente a OCB e grupos de pessoas em âmbitos como a saúde comunitária e os cuidados domiciliários.
- ONG que levaram a termo intervenções com carácter integral: CRE, Prosalus e Habitáfrica. Apoiou-se a OSC, a OCB e a grupos de pessoas envolvidas no desenvolvimento de capacidades a nível comunitário (grupos de camponeses, mães, voluntários e ativistas).
- ONG que levaram a termo intervenções de desenvolvimento agrícola e segurança alimentar sem incluir ações que melhorassem o acesso ao direito à saúde: F.Mundukide e CIC-Batá. Estas entidades realizaram ações de criação de capacidades em redes de camponeses, OCB a nível distrital, grupos de pequenos produtores (associações e cooperativas).
- ONG cuja intervenção se centrou exclusivamente no fortalecimento da sociedade civil: AeA. A sua ação se focalizou na criação de capacidades em OSC que à sua vez englobavam redes sectoriais nas que participavam OCB.

No anexo 4.6 recolheram-se todas as entidades onde as intervenções criaram capacidades, fortaleceram processos ou bem que reforçaram estruturas formais. Faz-se uma distinção conforme os níveis nos que se estrutura a sociedade civil desde a base (ver gráfico 4). Assim encontramos quatro níveis com os que trabalharam as ONG nas suas intervenções.

Gráfico 4: Redes, OSC, OCB e ONG que as apoiam.



Fonte: elaboração própria

Esta avaliação optou por distinguir duas categorias que respondem às perguntas de avaliação por um lado e aclaram as singularidades de cada modelo de intervenção por outro. Consideramos que esta distinção facilita uma análise que permite explicar conotações e estratégias do rol jogado pelas ONG à hora de melhorar e criar as capacidades da sociedade civil. A saber:

ONG que trabalharam com entidades parceiras estabelecendo o apoio às capacidades destas de maneira específico como um objectivo ou resultado.
ONG que executaram ações para criar e fortalecer capacidades como um meio para atingir os objectivos ou resultados.

Ambos os casos, tal e como se extrai da revisão documental e das entrevistas realizadas aos TO e TD, foram valorados em geral positivamente.

4.4.2. O FORTALECIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL COMO UM OBJECTIVO OU RESULTADO DA INTERVENÇÃO

As intervenções de **AeA** e **CIC-Batá** centraram **a maior parte da sua execução** em linhas de ação dirigidas à criação de capacidades. Nos casos das intervenções de **CRE, Prosalus, MMC e MdM**, estas dirigiram **pelo menos uma das linhas de ação** da alguma das suas intervenções ao reforço e criação de capacidades. Assim se considerou o objectivo de fortalecimento da sociedade civil como o principal resultado da intervenção ou como o de uma linha concreta de ação.

16 "Use of civil society organizations to raise the voice of the poor in agricultural policy". DFID 2004.

4.4.3. O FORTALECIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL COMO MEIO PARA ATINGIR OS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES.

As ONG enquadradas nesta categoria levaram a termo ações para criar capacidades nas organizações parceiras ao tempo que estas contribuam ao logro dos objectivos formulados. É dizer, seguiu-se um processo construção de tecido associativo e da sociedade civil para atingir os resultados das intervenções. Nesta análise **identificaram-se alianças entre as ONG, OSC, OCB e grupos de capital humano que criaram capacidades a ambos os lados.**

As ONG **ONGAWA, CRE, Habitáfrica e CIC-Batá** centraram alguma linha de ação em criação de capacidades dirigidas ao logro dos resultados. Nos casos das intervenções de **F. Mundukide e F. Clinic** identificaram-se algumas atividades concretas dirigidas a criar capacidades.

4.4.4. O CASO DOS GRUPOS DE ATIVISTAS E VOLUNTÁRIOS.

Este coletivo ofereceu uma particularidade especial dentro das OSC, OCB e grupos de capital humano nos que se inseriram. **Os grupos de ativistas e voluntários foram considerados em varias das intervenções como a base para a criação de capacidades, a sensibilização e a comunicação a nível comunitário e frente aos TD com maiores níveis de vulnerabilidade.** Foram grupos capacitados, apoiados e seguidos pelas intervenções das ONG, resultando chave em ações de mobilização social para o acesso à água, de gestão comunitária da saúde, de identificação de problemáticas na comunidade ou de busca ativa de PvHIV e prestação de cuidados domiciliários. Destaca ademais o carácter exemplar deste coletivo já que, tal e como se extraiu do trabalho com grupos de TD, as comunidades e as suas estruturas de poder reconhecem aos ativistas e voluntários como figuras chave para o desenvolvimento da base social e a conscientização sobre o acesso aos seus direitos.

As ONG que desenvolveram a sua ação de maneira mais integrada no sistema nacional de saúde, tais como MdM e MMC, fortaleceram à sociedade civil através de OCB compostas por ativistas em saúde. Também as intervenções de Prosalus CRE e algumas das OCB contempladas na intervenção de AeA levaram a termo ações através de ativistas e voluntários.

Trás o trabalho de campo realizado e a análise das intervenções, observa-se que **o rol dos ativistas e voluntários é considerado a miúdo como o nexa da população mais vulnerável.** Considera-se esta figura como a ligação entre os TD e os representantes das estruturas locais das aldeias. **A mobilização promovida pelo trabalho das ONG foi considerada como um grande valor na construção de cidadania e de organização da base comunitária.**

4.5. AVANÇOS NA INTEGRAÇÃO DO ENFOQUE DE GÉNERO NAS INTERVENÇÕES DAS ONG

Neste capítulo apresenta-se a análise dos enfoques e estratégias postas em funcionamento no marco das intervenções. Começa-se com os achados obtidos da fase de revisão documental no referido às fases de desenho e formulação, para poder observar como é que se integrou o enfoque desde um início nas intervenções. Depois descreve-se o uso que houve de ferramentas de análise de género que promoveriam a integração adequada nas intervenções, para o qual

se identificou como uma das chaves dispor ou não de pessoal experto neste enfoque. Depois apresentam-se os esforços levados a termo para a incorporação de indicadores sensíveis a género e as estratégias que se puseram em funcionamento ao respeito. Continua-se com a análise da participação das mulheres nas intervenções e com uma descrição das principais ações que se levaram a termo dentro deste âmbito específico.

A análise dos documentos de formulação das intervenções no período avaliado mostra que os esforços por incorporar a perspectiva de género nas intervenções e os processos de transversalização de dito enfoque mostraram alguns avanços em linhas gerais com diferentes graus de acerto. Os TO e TR, moçambicanos e espanhóis, coincidem em afirmar que, a pesar dos esforços, segue a ser um reto pendente a adequada incorporação do género nas intervenções.

Se nos centrarmos nas fases de desenho e formulação, a análise documental põe de manifesto que unicamente três organizações incluíram uma menção explícita ao enfoque de género na formulação de objectivos gerais e/ou objectivos específicos. Estas foram MdM e MMC para as suas intervenções de 2010 de maneira particular AeA. Neste caso não é uma menção senão que contemplaram a contribuição à erradicação da luta contra a violência de género e a feminização do HIV/SIDA e o fortalecimento de associações de mulheres como um objectivo específico.

No que diz respeito à incorporação de indicadores sensíveis ao género a situação encontrada é muito heterogênea entre as intervenções. As de ASIDH, CIC-Batá e ONGAWA não utilizaram indicadores sensíveis a género no desenho e não desagregaram os indicadores previstos nas suas matrizes de formulação. Outro grupo de ONG, ainda que incorporaram indicadores sensíveis a género, ao não contemplar a desagregação por sexo dos mesmos também não resultou interessante, como é o caso de CIC, F.Clinic e Prosalus. As intervenções de CRE, MMC e MdM incorporaram nas suas matrizes indicadores sensíveis. CRE levou a termo uma reformulação da matriz, tal e como se indica mais acima, para a inclusão de indicadores sensíveis desagregados por sexo. Agora bem, a revisão dos relatórios de seguimento posteriores a esta reformulação mostra que não reportaram conforme estas modificações.

A análise dos distintos pontos de género de documentos e relatórios permite resgatar alguns exemplos comuns nas intervenções. Em geral mostram que existe uma tendência a identificar género com: mulheres, questões relacionadas com as mulheres e atividades nas que participam, considerando às vezes que garantir uma participação equitativa nas atividades e nos grupos e comités formados já supõe uma integração adequada. Este é o caso das intervenções de CIC (em concreto IIPRI-0678), ASIDH, CIC-Batá, Habitáfrica, ONGAWA e Prosalus.

Conforme as linhas de atuação implementadas nas intervenções, observa-se que a maioria das intervenções incluíram ações dirigidas a melhorar o bem-estar das mulheres nas comunidades.

Tal e como se indicou mais acima, o fomento da participação das mulheres, principalmente na fase de implementação, foi um elemento comum na maior parte das intervenções. As medidas levadas a termo para consegui-lo foram muito diversas e estiveram enfocadas por um lado a assegurar uma participação equilibrada e equitativa¹⁷ nas atividades, como por exemplo o caso das formações; e por outro lado ao incremento da presença de mulheres em comités ou espaços de gestão comunitária e toma de decisões. Aplicaram-se **cotas de paridade** nos Comités de Água e Saneamento das intervenções de CRE e ONGAWA, ainda que **não se puseram em prática medidas para modificar os roles tradicionais outorgados às**

¹⁷ Participação equitativa e equilibrada quando nenhum dos dois sexos é superior ao 30%.

mulheres tais como os tesoureira ou secretaria. O mesmo ocorreu nos Comitês de Gestão de Recursos Naturais promovidos por Habitáfrica na sua intervenção de Mueda, e nos Comitês de Saúde Comunitária de MdM em Mueda.

São **poucas as intervenções que contemplam medidas específicas ou de ação positiva de melhoria da alfabetização ou de capacitação em direitos e noções de género para mulheres, as quais poderiam ter garantido uma participação de qualidade.** É dizer não se identificam em geral ações dirigidas à criação de capacidades em redução da desigualdade que possam supor uma destacável redução da brecha de género.

4.6. PARTICIPAÇÃO DO COLETIVO META (TD, TO E TR) COMO ELEMENTO CHAVE NO ENFOQUE BASEADO EM DIREITOS

Neste ponto apresenta-se a análise da participação nas intervenções conforme as diferentes fases dessas e detalhado por cada um dos titulares envolvidos, tal e como se expressa no Enfoque Baseado em Direitos. Inicia-se o capítulo com a explicação de se a participação foi contemplada como um meio ou como um resultado das intervenções. Tendo em conta a relevância de como se localiza no desenho e formulação, a participação foi analisada sobre a premissa de se foi utilizada para atingir os resultados previstos ou bem se foi em si mesma um destes. Em ambos casos detalha-se uma análise concreta fazendo menção aos pontos em comum e aos elementos diferenciadores. A participação tem muita relação com o modelo de execução planteado pelas ONG e com o tipo de titulares implicados. Por isso continua-se com uma descrição detalhada de TD, de TR e de TO, e de uma classificação das diferentes modalidades de execução.

4.6.1. A PARTICIPAÇÃO COM UM PROCESSO OU UM RESULTADO.

De cada modelo de intervenção, e à luz da revisão documental e das entrevistas levadas a termo, pode-se inferir se a participação foi considerada um processo ou um resultado. Não obstante a qualificação numa destas duas categorias supõe um simplificação de modelos tendo em consideração que as intervenções não se comportaram da mesma maneira durante o período de avaliação em relação a este ponto.

A participação como processo.

Esta se entendeu como uma chave identificada desde o desenho da formulação sem a qual não era possível atingir os resultados. Tratou-se por tanto de uma eleição metodológica dirigida a aumentar a eficácia e eficiência da intervenção, fazendo que a implicação dos titulares resultasse essencial para o cumprimento dos objectivos. A participação atingiu-se através de atividades concretas, com a integração de entidades que promoviam a participação orientada a resultados e com a criação de espaços para a gestão comunitária, como CAS para a gestão de fontes de água nas intervenções de CRE ou de ONGAWA, o CCC na intervenção de F.Clinic desenhado para informar sobre as atividades, entre outras medidas.

Algumas intervenções de saúde de longo percorrido, como as de MdM ou MMC¹⁸, promoveram a participação desde um início, aumentando a intensidade uma

¹⁸ MdM iniciou ações em Moçambique no ano 200, MMC em 1994 e ASIDH em 1999. O processo de participação também pode variar desde os titulares, é dizer, como ocorre no caso de MMC, este processo começou a dar-se com mais intensidade nos TD e TR e ao longo da sua prolongada presença na zona, se trasladou a participação mais ativa cara os TO, obedecendo a um modelo de co-execução como se indica mais acima.

vez que a entidades se estabeleceu nos distritos com mais solidez. Intervenções de carácter integral, como as de CRE na sua intervenção de Cabo Delgado ou a de Prosalus nos distritos de Boane e Namaacha de Maputo, criaram capacidades para a participação de TR que foram parceiros naturais. No caso de Prosalus, a intervenção se enquadrou no trabalho de uma instituição assentada na zona desde 1991, o que fez possível a consolidação e criação de espaços para a participação.

A participação como resultado.

Este se definiu na formulação das intervenções como um dos seus resultados, e nessa direção aparecem uma ou varias das linhas de ação executadas. **Contemplou-se a participação como um direito a atingir, como a presença de titulares em determinados espaços de toma de decisões e como ações de incidência política e reivindicação de melhores condições de vida.** Neste modo de plantear a participação infere-se um empoderamento maior do titular, é dizer, persegue-se a participação por um lado para melhorar a posição dos titulares, e por outro para ativar as capacidades instaladas que podem ou não ter sido fortalecidas pela intervenção. A participação assim considerada fica mais aberta do que na categoria anterior, já que o objectivo ao que se dirige não se inclui sempre nas formulações.

Em resumo, as intervenções de AeA, CIC-Batá, MdM, MMC no convenio 2010, e Habitáfrica na linha de atuação no distrito de Mueda, plantearam a participação nas suas intervenções como um resultado.

4.6.2. TIPOS DE EXECUÇÃO CONFORME AS ONG PARA PODER ANALISAR OS GRAUS DE PARTICIPAÇÃO.

Para conhecer como foi a participação desde cada um dos titulares, é relevante explicitar quais foram os tipos de execução que as ONG desenvolveram. Conforme o papel assinado a cada um dos titulares na formulação das intervenções, a participação não só variou na sua intensidade e grau de institucionalização, senão que também foi promovida em diferente grau desde a execução.

Os tipos de execução levados a termo pelas ONG durante o período avaliada foram três:

- **Execução directa.** A ONG identificou, formulou, executou e fez seguimento das linhas de ação, apoiando-se para a contratação de pessoal e organização de atividades num ou vários TR, o caso de F.Mundukide.
- **Execução indirecta através dum TR.** A ONG identificou e formulou junto ao TR (parceiro principal) e este executou, fez seguimento técnico e económico, e apresentou resultados à ONG; o caso de AeA, CRE, Prosalus, CIC-Batá, F. Clinic e Habitáfrica (convenio 2006).
- **Co-execução através dum TO ou um TR.** A ONG, junto com um TO, identificou, formulou, executou, fez seguimento técnico e económico e apresentou resultados; escolheram este modelo MMC, MdM, CIC, ASIDH, ONGAWA e Habitáfrica-Mueda¹⁹.

Estes tipos de execução não são exclusivos de cada ONG, e em vários casos deu-se uma combinação deles, dependendo de quais TO ou TR foram parceiros e a relação com estes.

¹⁹ Em todos os casos a fase de avaliação se dirigiu desde a ONG e foi elaborada por uma entidade externa.

4.6.3. ANÁLISE DESDE OS TITULARES DE DIRECTOS, DE RESPONSABILIDADE E DE OBRIGAÇÕES

Com a informação recolhida durante todo o processo avaliativo de todas as ONG fez-se um gráfico que representa o modelo implementado por cada uma delas.

Em função de se todos os titulares estão implicados nos processo participativo, e em função do seu rol e grau de compromisso, tanto a qualidade da participação obtida como os seus níveis de inclusão e a sua capacidade para empoderar variaram muito. As variáveis para analisar a participação foram: **intensidade ou qualidade** e **grau de institucionalização** desta.

Desde a participação dos titulares de direitos

Durante o período analisado existiram mecanismos institucionalizados para canalizar a participação dos TD nas diferentes fases das intervenções de CRE, OJNGAWA, CIC-Batá, Habitáfrica, Prosalus, MdM e F. Clinic. Alguns foram instituídos previamente, como os CAS (ONGAWA e CRE), e os CSC no casos da intervenção de MdM no distrito de Mueda (2010), que já estavam enquadrados na normativa nacional²⁰. As ONG conformaram, criaram e apoiaram estes espaços como uma parte da sua intervenção, que já estavam dentro do organograma dos serviços distritais, ainda que não estivessem em funcionamento. Estas três ONG promoveram assim espaço ad hoc para TD, acorde com as estratégias locais²¹.

Também existiram espaços destinados à participação de TD criados no marco da entidade parceira com o fim de melhorar a qualidade e a presença destes titulares nas distintas fases da intervenção. Foram os casos das assembleias comunitárias estabelecidas por CIC-Batá na sua co-execução com a UNAC e, com diferente nível de intensidade, o CCC contemplado na intervenção da F. Clinic e dirigidos pelo CISM no distrito de Manhiça. Neste caso, trás as entrevistas levadas a termo, considera-se que estes comitês atingiram o nível dois (consulta) de participação.

Os TD em geral tiveram um baixo nível de participação na fase de avaliação em todas as intervenções. Durante as avaliações, tanto intermedias como finais, percebe-se um nível de participação ligado principalmente a níveis de informação e consulta. Inclusive nos casos nos que houve um alto nível nas fases de identificação através de ferramentas como o Diagnostico Rural Participativo, a intensidade / qualidade da participação na avaliação foi baixa. Em ocasiões percebeu-se um **escasso conhecimento dos resultados das avaliações por parte dos TD**, o que se pode dever a uma falta de ações de difusão, socialização ou estratégias de saída e transferência ordenadas e planificadas.

Desde a participação dos titulares de responsabilidades.

Sobre a participação dos TR nas distintas fases das intervenções há que fazer uma distinção previa. Por um lado participaram **TR como parceiros principais**; e por outro os **TR como parceiros secundários**, tal e como se expõe no capítulo referido ao fortalecimento da sociedade civil. Em todas as intervenções se identificaram, por um lado, **TR como parceiros principais**, entidades homologas das ONG (Fundação Encontro, AA-M, CVM) e OSC nacionais

²⁰ Le 16/91 de Aguas, de 3 de Agosto de 1991, e Política Nacional de Agua e Estratégia Nacional de Gestão de Recursos Hídricos, por Resolução 46/2007 aprovada por Conselho de Ministros.

²¹ O convenio 10-COI-022 tinha como Resultado 1 do OE "Melhorada a participação da SC na planificação, avaliação e desenho de estratégias do sistema de APS do distrito integrando a intervenção em grupos vulneráveis e a perspectiva de género".

(UNAC e FDC). Através dum modelo de execução indirecta estas exerceram de responsáveis das intervenções. E por outro encontramos **TR como parceiros secundários**: OSC e OCB (União provinciais e distritais das UNAC, GTO, AMEC, ORAM e as entidades agrupadas em FOCADÉ, ou Wiwanana), instituições de formação (CFPS de Pemba e de Moçimboa, os ISCISA e a F. Manhiça²²) e OCB (ACODEMU, Kharibu, Khumbuka e a Associação de Cuidados Domiciliares de Montepuez²³). Neste caso desempenharam linhas de ação específicas ou se responsabilizaram numa parte das intervenções.

Se bem esta participação dos TR atingiu cotas desejáveis de intensidade, há que destacar que este nível de participação puído derivar num excessivo afastamento por parte da ONG do desenvolvimento da intervenção, das aprendizagens extratidas das execução por parte da ONG, perda de oportunidades para melhorar a qualidade das intervenções e falta de complementariedade com outras intervenções.

Desde a participação dos TO.

Os níveis de participação dos TO estiveram no rago de “participação colaborativa” nas intervenções onde foram considerados “coletivos alvo” ou principais repectores de uma ou varias linhas de ação.

A participação de TO em todas as fases foi heterogênea em geral. Algumas ONG levaram a termo ações enquadradas em documentos de planificação já elaborados por parte do TO. Nestes casos não houve um processo participativo, senão uma “inclusão” no planificado, dando-se uma participação de nível informativo e de consulta por parte dos TO. Tendo em consideração o tipo de co-execução de algumas destas intervenções, as ONG implicadas consideraram esse processo como insuficiente.

A participação dos TO nas fases de formulação e seguimento teve o caráter de continua, e em muitas ocasiões atingindo a institucionalização orgânica. Isto foi devido, em parte, à obrigatoriedade como administração pública de responder a prazos e programações estabelecidas de caráter provincial e nacional²⁴. Neste sentido destacou a intervenção de MMC cujos resultados contemplavam a criação e melhoria de capacidades de planificação e gestão da DPS de Cabo Delgado, como um dos TO principais. A ação levou-se a termo através de um modelo de co-execução atingindo o nível da associação nas fases de identificação, implementação e seguimento, e descendendo nas de toma de decisões e avaliação. Nesta tendência inclui-se a MdM, cuja ação de criação de capacidades esteve mais dirigida a TO de nível distrital (SDSMAS e pessoal sanitário), com quem se desenharam espaços de participação de caráter colaborativo e de associação.

²² Se bem a Fundação Manhiça responde a um perfil particular de parceiro com caráter indireto devido à sua natureza de entidade hispano-moçambicana optou-se por inclui-la nesta categoria para poder analisar a sua participação no âmbito da intervenção da F. Clinic.

²³ Estas entidades, compostas por ativistas, pessoal formado e PVIH em muitos casos, incluíra-se na categoria de Grupos de Capital Humano. Jogam um duplo rol por localizar-se como agrupações de TD que uma vez empoderados e formados passam a ser considerados no grupo de TR. Optou-se por inclui-los nesta parte da análise já que as suas funções estiveram muito ligadas à participação e à sua vez supuseram espaços relevantes de comunicação, toma de decisões e posicionamento respeito das intervenções mesmas.

²⁴ Planos e balanços do PESOD, relatórios anuais para a avaliação do desempenho das ONG a nível de DPS, cenário fiscal de meio prazo, balanços a nível província exigidos pelo Ministério de Planificação e Finanças.

5. CONCLUSÕES

5.1. SOBRE ALINHAMENTO COM AS POLITICAS E ESTRATÉGIAS DO MISAU DE APLICAÇÃO NACIONAL E ESTRATÉGIAS PROVINCIAIS, E FORTALECIMENTO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DO SECTOR SAÚDE.

C.1. As ONG fizeram um esforço considerável por integrar a planificação das intervenções nas programações do nível distrital e provincial dos TO do sector saúde, chegando até a contribuir ao cumprimento desta planificação através do apoio orçamental.

C.2. As ONG lideraram durante o período analisado processos exemplares de planificação provincial em Cabo Delgado e tidos em consideração no nível nacional como lições aprendidas para replicar noutras zonas do país.

C.3. Níveis muito altos de alinhamento e integração conjunta da planificação dos TO e das intervenções das ONG derivaram para um rol excessivo destas como implementadoras da política sanitária num contexto de fraqueza da administração de saúde.

C.4. A longa trajetória e solidez das ONG na província de Cabo Delgado dotou-as de legitimidade como parceiros prioritários para os TO no desenvolvimento e implementação de melhoras no sistema nacional de saúde.

C.5. As intervenções das ONG contribuíram ao fortalecimento dos cinco pilares do sistema nacional de saúde ainda que de maneira díspar.

C.6. O apoio levado a termo pelas ONG no âmbito da investigação respaldou com evidencia científica e técnica modificações na política sanitária e a inserção de novas vacinas no calendário nacional.

C.7. A formação de recursos humanos supus um dos eixos mais relevantes nas intervenções e melhor valorados pelos TO a nível nacional, provincial e distrital, considerando-se como o processo com maiores efeitos para a instalação das capacidades e melhorias na prestação de serviços.

C.8. Os recursos humanos formados de nível superior supuseram um claro avanço sobre a disponibilidade de pessoal especialista e sobre a capacidade do sistema para responder a demandas dos TD.

C.9. Não se estabeleceram medidas concretas no marco das intervenções para promover a sustentabilidade das ações de formação continua e de formação em serviço nos programas de formação de recursos humanos dos SDSMAS nem da DPS. A dependência de financiamento externo para estes dois elementos chave do êxito da formação do nível rural é total a dia de hoje.

C.10. As atuações em infraestruturas realizadas no marco das intervenções das ONG contribuíram para o aumento da cobertura sanitária na província de Maputo e Cabo Delgado, o que supõe uma melhora considerável no acesso ao sistema nacional de saúde.

C.11. Existe ainda muita margem de melhora no que diz respeito às capacidades do sistema para a manutenção das infraestruturas e dos equipamentos.

C.12. As ONG não fortaleceram capacidades em procedimentos de aquisições, compras, licitações nem contratação pública em TO com as intervenções que contemplaram a dotação de equipamento ou a construção de infraestruturas do sistema nacional de saúde.

C.13. As intervenções em saúde contribuíram ao aumento da cobertura em atenção primaria de saúde e à melhora da qualidade da prestação dos serviços na província de Maputo e com maior incidência em Cabo Delgado.

C.14. As intervenções das ONG supuseram um contrapeso muito valorado no pilar da prestação de serviços respeito aos programas verticais e especializados.

C.15. A prestação de serviços de saúde através de programas de saúde comunitária, de atenção primaria de saúde e de cuidados domiciliários foi um dos valores acrescentados destacados do trabalho das ONG.

C.16. A criação de alianças estratégicas com os TO e o logro de compromissos requeria manter níveis de interlocução constante através de equipas estáveis e solidas em terreno. Na maioria das intervenções manteve-se este nível de interlocução pero se perderam oportunidades importantes para poder incidir em certos âmbitos chave da saúde.

5.2. SOBREHARMONIZAÇÃO, COMPLEMENTARIEDADE E SINERGIA DAS ONG COM OUTROS DOADORES, INCLUÍDAS OUTRAS ORGANIZAÇÕES, EM ESPECIAL EM SAÚDE PERO TAMBÉM EM SOCIEDADE CIVIL; E GRAU DO ENFOQUE INTERSECTORIAL NAS INTERVENÇÕES.

C.17. O rol das ONG jogado nos espaços de dialogo do sector saúde a nível nacional e provincial foi ativo em linhas gerais, atingindo nalguns casos níveis muito reconhecidos de liderança.

C.18. A concentração de ONG numa província e os espaços de coordenação e dialogo da administração sanitária e da CE favoreceram certo nível de colaboração e de troca de informação, mas não atingiram as sinergias²⁵ esperadas.

C.19. O aproveitamento da experiência e o conhecimento das intervenções entre as ONG aumentou as possibilidades de melhorar os resultados e promover a complementariedade.

C.20. Oportunidades perdidas a nível nacional na geração de sinergias entre o apoio da CE ao SWAP, ao PROSAUDE e ONG do sector saúde.

C.21. Nas intervenções com carácter multisectorial analisadas dão-se certos elementos que conforme aos modelos teóricos consultados *Scaling Up Nutrition* e o do BM 2007, tiveram

²⁵ Para esta avaliação temos considerado o conceito de sinergia o que se fez menção na pergunta de avaliação prevista como a ação de duas ou mais causas que gera um efeito superior ao que se conseguiria com a soma dos efeitos individuais.

mais possibilidades de gerar processos com maiores potencialidades para influir na melhora da desnutrição e por tanto na saúde, tal e como são a combinação de linhas de ação específicas junto com linhas de ação sensíveis, e o empoderamento da mulher.

C.22. Identifica-se uma escassa capacidade instalada na administração pública a nível provincial nem distrital para responder como TO no âmbito da desnutrição e à segurança alimentar às intervenções das ONG.

5.3. SOBRE FORTALECIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL E PARTICIPAÇÃO DAS ONG, SUAS ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS NO DIALOGO DE POLÍTICAS A NÍVEL NACIONAL E PROVINCIAL.

C.23. As intervenções de ONG criaram e fortaleceram às estruturas da sociedade civil nos diferentes níveis analisados (redes e plataformas, OSC, OCB e grupos de capital social).

C.24. Em Cabo Delgado fortaleceu-se às OSC nas suas capacidades para o dialogo e a interlocução com a administração.

C.25. O respaldo obtido pelas entidades de nova criação no marco das intervenções fez possível a participação comunitária organizada em espaços de gestão de serviços públicos.

C.26. A criação de capacidades da sociedade civil feita desde as ONG foi considerada indistintamente nas intervenções como um meio e como um fim para aumentar o acesso ao direito à saúde.

C.27. O modelo de execução da ONG e o rol assignado ao TR e parceiro principal condicionou a criação de capacidades nestes titulares.

C.28. Os processos de fortalecimento dos TR na maioria dos casos não responderam a diagnósticos de capacidades elaboradas e desenhados com objectivos e medidas claras.

C.29. Nas associações de cuidados domiciliários e de apoio a pessoas com HIV/SIDA geraram-se capacidades para ser sustentáveis na prestação de determinados serviços.

C.30. A estratégia de apoio aos CSC do SNS por parte de algumas ONG como mecanismos para canalizar e fortalecer a participação e o acesso ao direito à saúde por parte dos TD foi muito pertinente para o contexto rural no que se deram.

C.31. A combinação da criação de capacidades dirigidas a conteúdos técnicos junto a conteúdos de gestão, recursos humanos ou finanças, teve um efeito positivo para aumentar as vias de sustentabilidade das OSC.

C.32. As capacitações em associativismo e liderança comunitária foram um dos valores acrescentados das intervenções das ONG para que as comunidades melhorassem o acesso à saúde.

5.4. SOBRE AVANÇOS NA INTEGRAÇÃO DO ENFOQUE DE GÉNERO NAS INTERVENÇÕES DAS ONG.

C.33. Deram-se avanços pontuais na transversalização do enfoque de género, mas continua a ser um reto pendente a sua integração efetiva nas intervenções de saúde e de desenvolvimento agrário.

C.34. O desenho de indicadores, diagnósticos e processos de identificação com enfoque de género ad hoc não se levou a termo de maneira mais efetiva durante o período avaliado.

C.35. A incorporação de pessoal especialista e com experiência em género e a inclusão de organizações de defesa dos direitos das mulheres nas intervenções foram estratégias eficazes para a transversalização eficaz do enfoque de género.

C.36. Levaram-se a termo importantes esforços para promover uma participação igualitária das mulheres em termos quantitativos sem abordar suficientemente a qualidade dessa participação e as consequências sobre ditas mulheres.

C.37. A divulgação de informação sobre aspetos de género ligados ao sector da intervenção e às suas especificidades foi mais efetiva que a formação em conceitos gerais e as ações de sensibilização massivas.

C.38. O conhecimento e experiência em estratégias de luta contra a violência de género por parte de algumas ONG foi um valor acrescentado muito valorado pelos TO e acordos com os esforços a nível legislativo que se levaram a termo no país.

C.39. Não houve suficientes processos de sistematização sobre os esforços feitos na transversalização do enfoque de género por parte das ONG nem dos resultados atingidos.

C.40. AECID teve um rol fundamental naquelas intervenções que levaram a termo avanços para a transversalização do enfoque de género nas suas intervenções.

5.5. SOBRE PARTICIPAÇÃO DOS COLETIVOS META (TD, TO E TR) COMO ELEMENTO CHAVE NO ENFOQUE BASEADO EM DIREITOS.

C.41. O nível de participação atingido, tanto na intensidade como o grau de institucionalização, não dependeu de se a intervenção contemplava dita participação como um processo ou como um resultado em si mesma.

C.42. O modelo de execução directa com os TD não facilitou níveis superiores de participação destes.

C.43. O nível de participação dos TD, e nalguns casos dos TO, é maior quando se contempla dentro de linhas de ação ou intervenções dirigidas a resultados tangíveis.

C.44. Os TR exerceram mais nível de participação na execução das linhas de ação nas que estiveram envolvidos do que na toma de decisões e no seguimento da intervenção.

C.45. As intervenções de ONG do sector saúde exclusivamente dirigidas a criar capacidades em TO e TR não contemplaram a inclusão de espaços de participação conjunta com os TD.

C.46. A institucionalização e níveis altos de intensidade de participação dos TO foram possíveis devido a uma presença contínua e estável do pessoal da ONG em terreno.

C.47. Os TO exercem níveis de participação de associação ou delegação unicamente quando são considerados o coletivo alvo principal.

C.48. A participação dos distintos titulares em feral na fase de avaliação das intervenções unicamente atingiu níveis de informação e consulta.

C.49. O mecanismo de Comitê de Seguimento com participação de TD, TR e TO promoveu níveis de participação adequados e supus a apropriação da intervenção por parte destes.

6. RECOMENDAÇÕES

6.1. SOBRE ALINHAMENTO COM AS POLITICAS E ESTRATÉGIAS DO MISAU DE APLICAÇÃO NACIONAL E FORTALECIMENTO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DO SECTOR SAÚDE.

R.1. Desenhar processos de alinhamento com os TO que ofereçam um valor acrescentado à qualidade das dinâmicas e ferramentas próprias destes.

R.2. Fortalecer linhas de incidência política na formulação das intervenções dirigidas ao fortalecimento do sistema nacional de saúde

R.3. Continuar com as linhas de apoio à formação de recursos humanos, focalizando-se na formação inicial de nível meio ou superior; ao mesmo tempo devem-se plantear ações de geração de capacidades e incidência para que os TO assumam e dediquem recursos a programas de formação contínua e em serviço.

R.4. Promover e consolidar a cultura de manutenção e a conservação das infraestruturas e instalações dos SNS, priorizando-o sobre iniciativas de nova construção.

R.5. Aproveitar as oportunidades que brindam as linhas de ação das intervenções para fortalecer e aumentar as capacidades dos TO em gestão e administração, eficácia dos procedimentos e dos processos de licitação, compras e contratação pública.

R.6. Promover e aumentar as linhas de ação dirigidas a fortalecer e fazer efetiva a Estratégia Nacional de Saúde Comunitária do MISAU.

6.2. SOBRE HARMONIZAÇÃO, COMPLEMENTARIEDADE E SINERGIAS DAS ONG COM OUTROS DOADORES, INCLUÍDAS OUTRAS ORGANIZAÇÕES, EM ESPECIAL DE SAÚDE, MAS TAMBÉM NA SOCIEDADE CIVIL, E GRAU DE ENFOQUE INTERSECTORIAL NAS INTERVENÇÕES.

R.7. Estabelecer espaços de diálogo e troca de informação entre a OTC e as ONG do sector saúde para fortalecer a posição da CE no diálogo de políticas de saúde a nível nacional.

R.8. Continuar com a presença ativa e dinâmica nos espaços de diálogo e coordenação tanto da administração como próprios das ONG e traslada-la a outros sectores de atuação.

R.9. Aumentar os esforços e recursos destinados ao acompanhamento e seguimento das linhas de ação de intervenções com possibilidades de geração de sinergias tanto em Maputo como em Cabo Delgado.

R.10. Abordar de maneira integral a redução da desnutrição bem com intervenções multisectoriais, bem mediante a complementariedade entre as intervenções aproveitando o conhecimento e a experiência acumulada das ONG.

R.11. Focalizar e concentrar as linhas de ação das intervenções que contemplem como resultado a redução da desnutrição nas mesmas comunidades e/ou grupos identificáveis de TD.

R.12. Incluir linhas de ação concretas de fortalecimento da sociedade civil (TR) e de fortalecimento institucional (TO) do sector nas intervenções focalizadas no desenvolvimento agrário e o aumento da produção.

6.3. SOBRE FORTALECIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL E PARTICIPAÇÃO DAS ONG ESPANHOLAS E AS SUAS ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS NO DIALOGO DE POLITICAS A NÍVEL NACIONAL E PROVINCIAL.

R.13. Continuar com a participação em plataformas que já estão apoiadas e promover a dinamização de uma específica de organizações nacionais no sector saúde.

R.14. Incluir nas intervenções como parceiros a OCB e OSC em cujos objectivos se contemple a monitoria e a incidência para a melhora da gestão pública das políticas de saúde.

R.15. Realizar diagnósticos de capacidades das OSC e OCB que serão parceiras das intervenções para incidir no fortalecimento adequado destas.

R.16. Contemplar ações de incidência política dirigida aos TO para a dinamização e aumento da efetividade de espaços como os Fóruns Locais e os Observatórios de Desenvolvimento.

R.17. Seguir apoiando aos CSC e às Associações de Cuidados Domiciliares de PVHIV e reforçar o seu rol como interlocutores com os TO.

6.4. SOBRE AVANÇOS NA INTEGRAÇÃO DO ENFOQUE DE GÉNERO NAS INTERVENÇÕES DAS ONG.

R.18. Incluir nas intervenções das ONG ações para iniciar ou reforçar processos de criação de capacidades em matéria de género nos TD, TO e TR implicados.

R.19. Elaborar diagnósticos específicos e linhas de base com enfoque de género ligados em concreto ao sector de atuação e às linhas de ação particulares das intervenções.

R.20. Manter o rol proativo e reforçar o seguimento efetivo da transversalização do enfoque de género nas intervenções a nível de terreno.

R.21. Incorporar estratégias de desenvolvimento de novas masculinidades como parte da transversalização do enfoque de género.

R.22. Continuar reforçando o apoio das intervenções a linhas de ação ligadas à luta contra a Violência de Género.

R.23. Garantir a participação de mulheres em atividades postas em funcionamento nas intervenções, medindo o processo em termos quantitativos e qualitativos para evitar um incremento das desigualdades.

6.5. SOBRE PARTICIPAÇÃO DOS COLETIVOS META (TD, TO E TR) COMO ELEMENTO CHAVE NO ENFOQUE BASEADO EM DIREITOS.

R.24. Continuar com intervenções que respondem a estratégias de mais longo prazo que o marco temporal dum projecto ou convenio.

R.25. São necessárias estratégias de participação ad hoc por tipo de titular e fase da intervenção.

R.26. Tomar medidas para promover e garantir níveis maiores de participação que o de informação e consulta dos TD, TO e TR implicados na fase de avaliação das intervenções como instrumento de melhora continua.

R.27. Incluir nas intervenções medidas destinadas à criação de capacidades dirigidas a promover uma participação construtiva e com capacidade de análise por parte dos TD.

R.28. Conformer no marco das intervenções das ONG Comitês de Seguimento em terreno como espaços de confluência e dialogo conjunto para TD, TO e TR.

R.29. Promover níveis mais alto de participação dos TD nas intervenções de criação de capacidades e fortalecimento dos TO além do seu rol de usuários de serviços.



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



Cooperación
Española