

## **MISEREOR**

### **Evaluación del sector salud, con enfoque en la atención primaria Resumen de los resultados**

La presente evaluación es la segunda evaluación sectorial de las dos agencias eclesiales de cooperación al desarrollo, Katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe (KZE) y Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe (EZE), conforme a las líneas de trabajo acordadas con el Ministerio Federal de Cooperación y Desarrollo (BMZ): "Directrices para la implementación de un control de éxito de los proyectos de desarrollo eclesiales, orientado a los objetivos y efectos". El sector de trabajo evaluado, salud, fue elegido conjuntamente por el BMZ, el Servicio de las Iglesias evangélicas para el desarrollo (EED) y MISEREOR. MISEREOR encargó a la empresa Evaplan GmbH —ligada a la clínica universitaria de Heidelberg— realizar la evaluación de dicho sector durante el período comprendido entre agosto de 2012 y diciembre de 2013. Temáticamente el trabajo se centró en el área de salud primaria, siendo analizados proyectos aprobados entre los años 2005 y 2007 y concluidos antes de finalizar el 2011.

Objetivo de la evaluación era contribuir al proceso de aprendizaje que MISEREOR intenta desarrollar en diálogo con sus contrapartes, así como facilitar la rendición de cuentas ante la opinión pública alemana y el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ).

#### **3.1 Objeto de la evaluación**

Durante el período previsto para la evaluación —2005 a 2007— en el sector salud se aprobaron 264 proyectos (126 en Asia, 91 en África, 43 en América Latina y 4 a nivel internacional). De ellos se seleccionaron 119 (55 en Asia, 39 en África, 25 en América Latina), que ofrecen un enfoque de salud primaria, con medidas tales como: entidades de referencia/infraestructura, incluyendo entidades de primer nivel (centros de salud primaria) y de segundo (hospitales); prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, medicina tradicional y alternativa.

El volumen de las diferentes medidas osciló entre € 25.000 y € 1.200.000,--, abarcando desde la compra de un auto hasta amplios programas de salud primaria distribuidos geográficamente en tres continentes (en 18 países africanos, 10 asiáticos y 10 latinoamericanos). Los proyectos seleccionados y evaluados no son totalmente comparables y en parte apuntan a diferentes prioridades metodológicas y de contenido. No obstante, dado el esquema de evaluación utilizado, se pueden deducir de ellos conclusiones y recomendaciones generales. Los resultados obtenidos suministran, por tanto, referencias interesantes para el proceso de aprendizaje.

#### **3.2 Enfoque metodológico**

Los datos de la muestra total de 119 proyectos se analizaron —cualitativa y cuantitativamente— teniendo en consideración los estándares técnicos y metodológicos correspondientes, así como los términos de referencia elaborados por MISEREOR. Como procedimiento estratégico se eligió la triangulación, a fin de alcanzar, mediante el uso

de diferentes métodos (análisis de las fuentes, entrevistas y discusiones de grupo, uso de distintas fuentes de información en las fases de gabinete y de campo) una alta validez en los resultados logrados. Fuentes de información importantes fueron, sobre todo: documentos básicos de MISEREOR, solicitudes de contrapartes, contratos de proyectos, el sistema de registro electrónico de datos de MISEREOR, informes de proyectos, viajes y evaluaciones, entrevistas individuales y grupales al personal de los proyectos y a especialistas de MISEREOR, así como análisis de sitios web de importancia. Adicionalmente, para la fase de campo se realizaron entrevistas y discusiones grupales sobre el terreno, con personal de las organizaciones contrapartes y con los beneficiarios de proyectos.

La evaluación se ajustó a un procedimiento compuesto de dos etapas:

- 1) En primer lugar se efectuó un amplio estudio teórico (fase de gabinete), consistente en una investigación ex-post, basada principalmente en datos recogidos en el período fijado para la investigación e informaciones sobre dicho período de tiempo. El estudio de los expedientes se realizó en tres pasos:
  - a) Para los 119 proyectos se presentaron datos estadísticos básicos y se analizaron las medidas implementadas, sobre la base de aproximadamente 450 documentos referentes a programas y 71 documentos de apoyo a sectores.
  - b) En un segundo paso se analizaron los grupos destinatarios, los enfoques metodológicos y las informaciones ya existentes sobre efectos. Para ello se seleccionaron aproximadamente dos tercios de los proyectos (74) al azar, pero siempre en relación proporcional con los continentes. La selección al azar aseguró que se trabajara con una muestra representativa y no se consideraran preferentemente proyectos que hubieran sido especialmente exitosos o especialmente débiles.
  - c) En un tercer paso se seleccionaron 32 proyectos y se investigó de forma intensiva qué tipo de efectos se había logrado.
- 2) Tomando como base los resultados del estudio de gabinete y los criterios de selección desarrollados a partir de ellos, para la fase de campo se seleccionaron 10 proyectos en cinco países diferentes. Una combinación de métodos brindó la posibilidad de abordar no solo los interrogantes específicos sino también las situaciones particulares de los diferentes países, contrapartes y proyectos. El equipo de evaluación desarrolló y definió conjuntamente las preguntas directrices y los temas básicos necesarios. En la preparación de la fase de campo, se aplicaron diferentes métodos: análisis de documentos, intercambio con los respectivos responsables de MISEREOR y contacto con las organizaciones contrapartes y los consultores locales por correo electrónico, teléfono o Skype. Paralelamente se desarrollaron el diseño de la evaluación y los instrumentos de consulta para los diferentes grupos y personas de contacto y se determinaron los informantes e interlocutores. En la fase de campo el levantamiento de datos se realizó por medio de encuestas basadas en preguntas directrices y discusiones con personas importantes (representantes de la organización contraparte, organizaciones cooperantes, personal de las instituciones de salud, personal de las diócesis y del sistema gubernamental de salud, autoridades regionales y locales), así como por medio de observaciones directas en las instalaciones de los proyectos visitados.

Elementos fundamentales del levantamiento de datos fueron discusiones y charlas con quienes utilizaron las medidas o se beneficiaron con ellas (grupos destinatarios, favorecidos). Además de entrevistas individuales, discusiones grupales y talleres autoevaluativos, se realizaron encuestas, tomando como punto de orientación el "Most Significant Change"<sup>1</sup>.

Los resultados de los casos ejemplares se analizaron sobre la base de criterios desarrollados conjuntamente, resultantes de los términos de referencia y de los objetivos fijados por MISEREOR. Además de los criterios CAD y las preguntas referentes a ellos, en especial se analizaron factores que incentivan o limitan el éxito de proyectos, tales como estrategias y enfoques, relaciones de cooperación (integración en conceptos nacionales o eclesiales y en estructuras), capacidad de acción y conducción, así como el sistema PME (Planificación, Monitoreo y Evaluación) de las organizaciones contrapartes.

### **3.3 Campos de acción de las contrapartes de proyectos y orientación estratégica**

A partir del objetivo "...mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y de salud de la población", y poniendo el foco en los pobres, excluidos, mujeres y niños como grupos especialmente desfavorecidos, MISEREOR apoya a muchas y muy diferentes organizaciones contrapartes en la realización de una amplia gama de proyectos de salud primaria. Para tales proyectos MISEREOR no ha desarrollado explícitamente una estrategia general de promoción, que sirva de base para las aprobaciones de proyectos. Marcos de orientación, estrategias de acción a nivel regional y nacional y documentos básicos sobre salud, constituyen, no obstante, puntos de referencia al respecto. De acuerdo a ello, una base para la aprobación de solicitudes es que los proyectos promocionen de forma sostenible la autogestión de los grupos destinatarios y los potenciales e iniciativas nacionales en el sentido de "ayuda para la autoayuda" y contribuyan así a un productivo intercambio de experiencias en y entre los países y regiones (intercambio Sur-Sur y Sur-Norte). En los últimos años, un importante aspecto de la estrategia general de MISEREOR ha sido estimular más intensamente la articulación y ensamblado de los sectores, es decir, promover enfoques integrados, que superen el pensamiento sectorial. Es por ello que en países con un sistema de salud poco desarrollado, se otorga un carácter orientador a proyectos amplios, que se ocupen intensamente del trabajo en redes y de actividades de lobby y abogacía, con el fin de reclamar los derechos de las personas en el sector salud (acceso universal). Si bien en el período de tiempo investigado, para el sector salud no habían ni requisitos generales de partida para una estrategia específica de promoción, ni un marco obligatorio de orientación sectorial, sucintamente puede decirse que muchos proyectos de salud primaria muestran numerosos puntos en común en su orientación estratégica y

---

<sup>1</sup> Encuestas orientadas al "Most-Significant-Change" (MSC) ofrecen —sobre todo para la evaluación de proyectos y medidas, para los cuales no se han desarrollado indicadores que permitan medir sus efectos— una buena posibilidad de entender ampliamente interrelaciones entre efectos, así como procesos significativos.

En el contexto de la evaluación sectorial se aplicó el método "Most-Significant-Change" en forma de entrevistas abiertas, "story telling" (p.ej. ¿Cuáles son los tres cambios más importantes en el contexto de...? ¿Qué sería diferente si no hubiera habido ningún proyecto?) con los grupos destinatarios y actores importantes, a fin de obtener informaciones lo más amplias posible sobre el proceso de cambio en un área del proyecto, para el cual no se habían definido indicadores.

política y por tanto pueden clasificarse según las áreas de intervención del Tejido de correlaciones causa-efecto (ver Anexo). Esto indica que MISEREOR y sus contrapartes tienen una concepción similar de salud primaria. MISEREOR apoya y promueve dicho enfoque. La gran diferencia entre los proyectos —que pueden ir desde complejos proyectos de salud primaria hasta suministro de equipo— es expresión de una promoción adaptada a las necesidades y a las situaciones y problemas específicos de los diferentes países.

Respecto al tema género, además del respectivo marco de orientación de MISEREOR — que lo considera un tema transversal en la cooperación internacional— no se reconocen estrategias obligatorias por parte de MISEREOR, que apunten a apoyar proyectos según su mayor equidad de género (p.ej. mediante la recomendación y promoción de un monitoreo diferenciado según el género). Esto vale también para las organizaciones contrapartes, tanto en cuanto a los contenidos y orientación de sus solicitudes, como para la implementación de los proyectos.

### **3.4 Análisis de acuerdo a los criterios CAD**

#### **Pertinencia:**

La pregunta de fondo al respecto es: ¿Hacemos lo correcto? Todos los proyectos investigados en el marco del estudio de gabinete presentan un elevado grado de pertinencia, expresada fundamentalmente en su enfoque a los grupos destinatarios con menor acceso a servicios de salud, especialmente mujeres y niños. En general se puede decir que las actividades de los proyectos se ajustan a las condiciones especiales de los diferentes países y continentes. Por tanto también es posible testificar, que en la mayoría de los proyectos los objetivos se han planificado de acuerdo a los problemas centrales más relevantes ya la situación específica de cada país y que los enfoques del trabajo corresponden a las necesidades y estándares profesionales del período en cuestión. Por todo esto se certifica un alto nivel de pertinencia a los proyectos.

#### **Eficacia:**

En general, en el marco del estudio de gabinete el grado de eficacia de los proyectos se califica de bueno a satisfactorio. La documentación muestra que a través de las medidas implementadas, en la mayoría de los proyectos se alcanzaron los objetivos previstos, es decir los "servicios y productos" esperados. Y esto pese a las difíciles condiciones de trabajo y la frecuente ignorancia por parte de la administración sanitaria gubernamental, tal como se observó, por ejemplo, en proyectos realizados en Guatemala, Haití o la República Democrática del Congo. Esto no vale por igual para todos los objetivos previstos en las solicitudes como efectos esperados. Al respecto se constató lo siguiente: cuanto más sencilla fue la formulación de los objetivos, con más frecuencia se comprobó el alcance de los mismos, cuanto más exigentes y complejos los objetivos, tanto más raro resultó alcanzarlos. En estos casos solo se informa sobre actividades realizadas exitosamente, pero no se afirma que los exigentes objetivos previstos hayan sido alcanzados. Con frecuencia esto se debió a que los análisis de situación respecto a los grupos destinatarios concretos y al tamaño de los grupos fueron poco específicos —y por consiguiente también los objetivos— pero también a la relativa limitación de los recursos financieros (en su mayor parte entre € 25.000,- y € 150.000,-), que no

permitía una adecuada implementación de objetivos amplios, por ejemplo la reducción de la mortalidad materna. De acuerdo a los resultados del estudio de gabinete, de la documentación general sólo pudo deducirse un número no específico de usuarios y usuarias de las medidas implementadas (Tasa de utilización o aprovechamiento). En la mayoría de los proyectos, como grupos destinatarios figuraban o los "pobres" o "mujeres y niños" de las comunidades y regiones de la zona de influencia, variando el número entre 25.000 y 1.500.000 de personas. Por otra parte, con frecuencia no se realizó ninguna diferenciación entre la población destinataria y el grupo destinatario, es decir el grupo real de beneficiarios. Los resultados del trabajo de campo ofrecieron, por el contrario, un cuadro diferente: por un lado en los proyectos evaluados se mencionan claramente los grupos destinatarios y su tamaño. Por el otro, en todos los proyectos se registró en PME el número de usuarios de las medidas implementadas. Tales tasas de utilización correspondieron ampliamente con las planificaciones previas, una prueba más de la eficacia de las actividades realizadas en los proyectos.

### **Eficiencia:**

La eficiencia es un criterio más difícil de juzgar que los dos anteriores, puesto que a partir de las informaciones del estudio de gabinete no pudo determinarse la relación costos-beneficios. Solo cuando se dispuso de los resultados de la fase de campo pudieron efectuarse afirmaciones más concretas. De acuerdo a ellos, en general el grado de eficiencia se califica como bueno: en todos los proyectos evaluados se constataron estructuras organizativas, que posibilitaban una eficiente implementación de las intervenciones previstas. Un cuadro más diferenciado se da, si se tienen en cuenta el grado de profesionalidad y las cualificaciones del personal directivo. Solo algunos proyectos disponían de una dirección o estructuras, que posibilitaran adaptaciones de las estrategias del proyecto a las necesidades. Para muchos proyectos un desafío adicional lo constituye el hecho de que —en parte debido a su situación financiera— en el mejor de los casos solo disponen de un líder sobresaliente pero de ningún sustituto adecuado, es decir no cuentan con personal de mando medio bien formado. También la elevada fluctuación de personal representa en muchos casos un verdadero reto. Por último debe mencionarse, que solo en pocos proyectos, tanto en el período investigado como en el presente, se contaba o cuenta con un sistema PME con buen funcionamiento, que posibilitara o posibilite un monitoreo de los efectos. No obstante, en la mayoría de las organizaciones contrapartes y en el personal en general se pudo observar que detectaron claramente qué factores promueven o ponen en peligro el éxito del proyecto y qué efectos se lograron o podrían lograrse.

### **Impacto - Efectos socio-políticos superiores**

Puesto que los servicios de salud no trabajan bajo condiciones controladas, es difícil una medición de los efectos superiores en el sector salud. Que la salud —tanto individual como colectiva— tiene un elevado valor en sí goza de consenso general y desde el punto de vista científico está suficientemente demostrado. Los efectos superiores, tal como se presentan en el tejido de correlaciones causa-efecto son tenidos en cuenta en la planificación de la mayoría de los proyectos y por tanto se puede suponer que los proyectos brindan realmente un aporte a nivel socio-político general. No obstante, una prueba al respecto solo pudo observarse en los efectos

directos evaluados en la fase de campo. En este trasfondo los efectos pueden clasificarse de buenos a satisfactorios.

De acuerdo a los datos existentes, entre los cuales faltaban las magnitudes de referencia, en el marco del estudio de gabinete solo fue posible en muy pequeña medida establecer una relación con los efectos socio-políticos superiores. Durante la fase de campo, por el contrario, en todos los proyectos se registraron efectos superiores. Si bien, en ninguno de los proyectos pudieron examinarse indicadores explícitos de efectos para el período investigado, gracias a la documentación de los proyectos y sobre la base del período entretanto transcurrido de 8 años, realmente fue posible constatar cambios que eran resultado de las medidas implementadas en el período 2005-2008. Al respecto hay que destacar que los cambios de ninguna manera se pueden adjudicar exclusivamente a las intervenciones apoyadas por MISEREOR. Pero sí se puede afirmar, que los proyectos evaluados contribuyeron fundamentalmente al logro de los efectos identificados (conforme a los efectos directos e indirectos del Tejido de correlaciones causa-efecto). Por otra parte, se pueden mencionar algunos proyectos con carácter estructurador y de amplio alcance respecto al sistema de salud, que pueden incluso constituirse en modelos (p.ej. proyectos en Liberia, India, El Salvador y Filipinas).

### **Sostenibilidad**

De acuerdo a los resultados de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS<sup>2</sup>, inversiones eficaces en el sector salud reducen la pobreza y promueven el crecimiento económico. Se puede, por tanto, dar por sentado, que los proyectos aquí evaluados — que en general ofrecen un buen grado de eficacia y efectos reconocibles— contribuyen correspondientemente a un desarrollo sostenible. Los resultados de la fase de campo refuerzan esta estimación, confirmando, a su vez, los supuestos del estudio de gabinete en relación a la sostenibilidad estructural y financiera.

En todos los proyectos examinados se constató un mejoramiento sostenible de la prestación de servicios (sostenibilidad estructural). A esto contribuyó también la mejor cualificación del personal de salud, lo cual con frecuencia condujo a un cambio de actitud y con ello a una reducción del estigma y la discriminación de los grupos de población desfavorecidos. A mediano plazo, la buena articulación entre las contrapartes apoyadas por MISEREOR contribuye a una mejor sostenibilidad estructural. Otros ejemplos positivos al respecto son los "Fondos de solidaridad" y el apoyo a individuos y grupos en situación de desventaja. No obstante, también hay que decir que el comprometido enfoque social de MISEREOR en muchos países, como India, Guatemala, Haití o la República Democrática del Congo, fue frenado y dificultado por el incumplimiento de promesas por parte de las administraciones sanitarias (pago de sueldos, materiales, suministro de medicamentos etc.) y —como en Haití y el Congo— por la delegación casi total de los servicios de salud a organizaciones religiosas, no gubernamentales e internacionales.

En relación a la sostenibilidad financiera, sucintamente puede decirse que la mayor parte de las entidades de salud y de los proyectos apoyados por MISEREOR siguen dependiendo de financiaciones externas y de servicios de apoyo. Por cierto, en los proyectos investigados también se comprueba una creciente diversificación de los financiadores y con ello una creciente independencia de una única entidad financiadora

---

<sup>2</sup> OMS Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud. Ginebra- World Health Organisation, 2001.

(p.ej. MISEREOR). Respecto a una "Phasing out" o "estrategia de retirada" no se constataron diferencias entre proyectos financiados con recursos de MISEREOR o de Zentralstelle für Entwicklungshilfe (BMZ).

### **3.5 Conclusiones y experiencias de aprendizaje**

#### **Orientación estratégica y política**

La importancia estratégica y política del sector salud es —para MISEREOR y sus contrapartes— indiscutible. Esto se refleja claramente en los proyectos evaluados, aún cuando tal significación estratégica no se evidencia siempre en la asignación de los recursos financieros. Los principios estratégicos y de desarrollo de MISEREOR para la promoción de proyectos se reflejan en todos los proyectos investigados, si bien con diferente peso: ayuda sostenible para la autoayuda, fortalecimiento de las capacidades de los grupos destinatarios y organizaciones contrapartes importantes y seleccionadas, intensa articulación con otros sectores, trabajo en redes y lobbying.

#### **Cooperaciones y fomento de redes**

La estrecha articulación en redes con las instancias eclesiales nacionales y las comunidades locales constituye el carácter específico del trabajo de desarrollo de la Iglesia en el sector salud. El alto valor que estas redes tienen para MISEREOR, en cuanto a cercanía a las bases (motivación eclesial del personal y de los grupos destinatarios), es claramente perceptible. Pero no en todos los proyectos se tematiza y describe.

#### **Promoción de la capacidad de acción y conducción de las contrapartes**

En todos los proyectos evaluados la selección de los enfoques, servicios e instrumentos de implementación usados mostró ser adecuada para poner en práctica la orientación estratégica del proyecto. Se observaron déficits en el ensamble de los contenidos de asesoría y en ofertas de servicios y procedimientos de coordinación con instituciones estatales o con otras instituciones nacionales e internacionales —activas en las mismas áreas—, así como un insuficiente funcionamiento de la mayoría de los sistemas PME. Al respecto se constató que hay necesidad de apoyo.

#### **Buenas prácticas, gestión de conocimientos**

Las experiencias de aprendizaje y la gestión de conocimientos constituyen un área importante para la orientación estratégica del trabajo de cooperación al desarrollo. En algunos países u organizaciones contrapartes, durante la fase de campo se documentaron buenas prácticas, que representan importantes experiencias de aprendizaje, incluso para otros proyectos (p.ej. en India y el Salvador). Estas prácticas ejemplares o componentes de proyectos se caracterizan por un carácter innovador y eficaz, participación y empoderamiento, sensibilidad respecto al género, orientación a los efectos, una adecuada relación costo-eficacia, sostenibilidad y transferibilidad.

#### **Recomendaciones**

La característica exclusiva de MISEREOR —intensa promoción participativa de las contrapartes locales y abordaje de temas cercanos a las bases y orientados a las necesidades— debería continuar siendo la norma para configurar la cooperación con las organizaciones contrapartes.

Al respecto habría que desarrollar o actualizar regularmente políticas de acción para los diferentes países y discutir sobre orientaciones estratégicas específicas: por ejemplo mayor cooperación con otros sectores de importancia para la salud, promoción más intensa de proyectos de capacitación y una mayor integración de temas transversales como género y derecho a la salud.

También sería positivo documentar las buenas experiencias logradas en los proyectos ("Buenas prácticas") de forma más consecuente y ofrecerlas a otros proyectos como experiencias de aprendizaje. Especialmente importante se considera, en general, el fortalecimiento de la capacidad de acción y conducción de las contrapartes, a través de un diálogo más intenso y un acompañamiento continuado (Backstopping) en cuanto a la orientación a los efectos en PME (Planificación, monitoreo y evaluación). Buenos informes de evaluación (orientados a los efectos) y levantamientos de datos de base pueden ayudar a las contrapartes a atraer la atención sobre su trabajo e implementar un trabajo de lobby fundamentado. El aseguramiento y el continuo desarrollo de servicios eficaces ("lecciones aprendidas" de otros proyectos) en las entidades de salud debería gozar de mayor consideración en la planificación de proyectos e implementación de las medidas.

Por cierto, a la par habría que mejorar la capacidad de gestión de los involucrados y sus organizaciones y fortalecer específicamente sus capacidades (medidas de capacitación adaptadas, mayor participación en actividades de conducción de programas y participación).

Para conseguir éxitos a largo plazo es necesario pensar en modelos financieros autosustentables y en la planificación de presupuestos, así como en una mayor diversificación de los financiadores y de las fuentes de ingresos. Esto implica aprovechar más sistemáticamente los potenciales sinérgicos en la cooperación con redes eclesiales y gubernamentales.

*Autores: Evaplan GmbH/PD Dr. Michael Marx (Equipo de evaluación: Jane Bañez-Ockelford,*

*Valerie Broch-Alvarez, Pinaki Ranjan, Dr. Svetla Loukanova, Dr. François Zioko Mbenza, Maria Margarita Palacios Monroy, Angelika Pochanke-Alff, Dr. Winfried Zacher)*

### **Seguimiento (MISEREOR)**

El informe de la fase de síntesis fue analizado con el equipo de evaluación de Evaplan, primeramente en un encuentro con el grupo de MISEREOR y luego con el BMZ. Los siguientes aspectos son de importancia para una posterior discusión interna:

- La salud es una parte esencial del mandato de MISEREOR. Una orientación estratégica explícita para este sector de trabajo es por ello de gran significación. Por cierto la misma debe adecuarse a las condiciones de contexto de los diferentes países y ajustarse al "principio de solicitud" por el cual se rige MISEREOR (es decir una orientación flexible a aquello que las contrapartes por sí mismas solicitan). Es necesario seguir aclarando de qué forma se pueden fijar las bases estratégicas para este sector de trabajo.
- Un resultado positivo de la evaluación fue comprobar que, con frecuencia, las organizaciones eclesiales logran crear una buena relación con las personas a quienes se dirigen y que les ofrecen posibilidades de acuerdo a sus necesidades. Por cierto existe una contradicción entre el deseo de llegar a los grupos de población pobres y la



pretensión de que los servicios logrados sean financieramente sostenibles. Las organizaciones contrapartes tendrían que desarrollar estrategias al respecto, mejorar la coordinación y cooperación con instancias gubernamentales y buscar nuevas posibilidades financieras. MISEREOR considera como tarea futura discutir más intensamente con las contrapartes sobre sostenibilidad y esclarecer la propia posición.

El grupo de acompañamiento de la evaluación sectorial, formado por personal de MISEREOR especializado en el sector salud y algunos Responsables regionales elaboró —al término de las charlas de evaluación— propuestas concretas para el seguimiento posterior, con cuya implementación se comenzará en breve.

